

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO  
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Thiago de Oliveira Gonzaga

ARRANJO INSTITUCIONAL E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E  
COOPERAÇÃO NO SAMU 192 REGIONAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2022

Thiago de Oliveira Gonzaga

ARRANJO INSTITUCIONAL E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E  
COOPERAÇÃO NO SAMU 192 REGIONAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Orientador: Marcos Arcanjo de Assis

Belo Horizonte  
2022

G643a Gonzaga, Thiago de Oliveira.  
Arranjo institucional e mecanismos de coordenação e  
cooperação no SAMU 192 Regional do Estado de Minas Gerais  
[manuscrito] / Thiago de Oliveira Gonzaga. – 2022.  
[12], 97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de  
Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2022.

Orientador: Marcos Arcanjo de Assis

Bibliografia: f. 103-106

1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) –  
Minas Gerais. 2. Serviço de saúde – Minas Gerais. 3. Política de  
saúde – Minas Gerais. I. Assis, Marcos Arcanjo de. II. Título.

CDU 614.2 (815.1)

Thiago de Oliveira Gonzaga

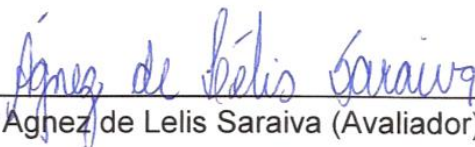
ARRANJO INSTITUCIONAL E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E  
COOPERAÇÃO NO SAMU 192 REGIONAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação  
em Administração Pública da Escola de  
Governos Professor Paulo Neves de  
Carvalho, da Fundação João Pinheiro,  
como requisito parcial para a obtenção  
do título de bacharel em Administração  
Pública.

**Aprovada na Banca Examinadora**



Prof. Mestre Marcos Arcanjo de Assis (Orientador) – Fundação João Pinheiro



Prof. Doutor Agnez de Lelis Saraiva (Avaliador) – Fundação João Pinheiro



Profa. Doutora Lucília Nunes de Assis (Avaliador) – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2022

## DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde que acreditam nos princípios de universalidade, equidade e integralidade e que se dedicam à melhoria da saúde pública para a população brasileira.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelo amor e educação que sempre me deram.

Ao meu irmão, pela amizade e apoio.

Ao meu orientador, Marcos Arcanjo, pela atenção, paciência e por todos os ensinamentos.

Aos colegas do XLI Csap, pela parceria ao longo dessa trajetória.

À Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, pela minha formação e pela dedicação que tem com os estudantes.

À Fernanda Galantini e ao Mateus Espeschit, pela grande ajuda e contribuições para esse trabalho.

A todos e todas que me incentivaram a seguir em frente e que colaboraram, de alguma forma, para a conclusão desse trabalho.

## EPÍGRAFE

“O projeto do movimento da reforma sanitária brasileira é um projeto da civilização humana. E vai ser na diversidade, vai ser no coletivo, que nós vamos construir nosso projeto. Imaginando que na construção disso, muitas vezes nós vamos errar. Mas nunca vamos errar o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa”.

Sérgio Arouca

## RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um dos componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Para garantir e expandir a oferta do SAMU aos municípios de Minas Gerais, o governo estadual utiliza o modelo de regionalização do serviço, o qual é executado por meio do programa "SAMU 192 Regional". A partir disso, busca-se entender como o arranjo institucional desse programa se constitui e dispõe de mecanismos de coordenação e cooperação para viabilizar a regionalização do SAMU. Assim, o presente trabalho visa mapear, descrever e analisar o arranjo institucional de implementação do programa e os mecanismos de coordenação e cooperação que o constituem. O arranjo envolve o conjunto de elementos institucionais que propiciam a estruturação e a operacionalização da política pública. Somado a isso, por ser um programa que demanda articulações entre os entes federativos, busca-se identificar mecanismos de coordenação e cooperação presentes na implementação do SAMU 192 Regional. Portanto, propõe-se avaliar como se definem e articulam os atores, instrumentos, estratégias, normas e processos, de modo a estabelecer coordenação e cooperação ao implementar o SAMU 192 Regional, tendo em vista que seu objetivo indica a necessidade dessas configurações para sua execução, considerando o processo de regionalização e tendo como cenários o federalismo brasileiro e a organização do SUS. A fim de delimitar e orientar o escopo da pesquisa, são discutidas as seguintes categorias de análise: arranjo institucional, regionalização, coordenação e cooperação em políticas públicas. Os procedimentos metodológicos utilizados no estudo incluem pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Como resultado, verifica-se que o arranjo do SAMU Regional é bem articulado e forte, dada a integração e coerência entre seus elementos. Observa-se também que a implementação do programa é complexa, já que é constituída por vários passos, envolve diferentes atores e depende das decisões e do desempenho deles para o desenvolvimento do processo, o que evidencia a importância de adotar mecanismos de coordenação e cooperação para garantir o seu funcionamento.

**Palavras-chave:** SAMU Regional. Arranjo institucional. Regionalização. Coordenação. Cooperação.



## ABSTRACT

The Mobile Emergency Care Service (*SAMU*) is one of the components of the Urgency and Emergency Care Network of the Unified Health System (*SUS*). To guarantee and expand the *SAMU* offer to the municipalities of Minas Gerais, the state government uses the service regionalization model, which is carried out through the “*SAMU 192 Regional*” program. This research seeks to understand how the institutional arrangement of this program is constituted and has mechanisms of coordination and cooperation to enable the regionalization of *SAMU*. Thus, the present work aims to map, describe and analyze the institutional arrangement for implementing the program and the cooperation and coordination mechanisms that constitute it. The arrangement involves the set of institutional elements that provide the structuring and operationalization of public policy. Added to this, as it is a program that requires coordination between federal entities, it seeks to identify mechanisms of coordination and cooperation present in the implementation of *SAMU 192 Regional*. Therefore, it is proposed to evaluate how the actors, instruments, strategies, rules and processes are defined and articulated, in order to establish coordination and cooperation when implementing the *SAMU 192 Regional*, considering that its objective indicates the need for these configurations for its execution, considering the regionalization process and having Brazilian federalism and the organization of the *SUS* as scenarios. In order to delimit and guide the scope of the research, the following categories of analysis are discussed: institutional arrangement, regionalization, coordination and cooperation in public policies. The methodological procedures used in the study include bibliographic research, documentary research and semi-structured interviews. As a result, it appears that *SAMU Regional* arrangement is well articulated and strong, given the integration and coherence between its elements. It is also observed that the implementation of the program is complex, since it consists of several steps, involves different actors and depends on their decisions and performance for the development of the process, which highlights the importance of adopting mechanisms of coordination and cooperation to guarantee its functioning.

**Keywords:** Regional *SAMU*. Institutional arrangement. Regionalization. Coordination. Cooperation

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 .....	15
Mapa 2 .....	15
Figura 1 .....	41
Figura 2 .....	50
Figura 3 .....	75
Figura 4 .....	81

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	33
Quadro 2 .....	54
Quadro 3 .....	56
Quadro 4 .....	76
Quadro 5 .....	89

## LISTA DE SIGLAS

CESMUE	Coordenação Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	20
2.1	Federalismo e relações intergovernamentais.....	20
2.2	Por que coordenar e cooperar? .....	26
2.3	Exemplos de mecanismos de coordenação e cooperação .....	29
2.4	Implementação de políticas públicas e arranjo institucional .....	34
<b>3</b>	<b>O SUS, A REGIONALIZAÇÃO E O SAMU REGIONAL</b> .....	38
3.1	O SUS e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	38
3.2	Regionalização de serviços de saúde .....	44
3.3	Arranjo institucional do SAMU Regional de Minas Gerais .....	47
<b>4</b>	<b>ARRANJO INSTITUCIONAL E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO DO SAMU REGIONAL</b> .....	55
4.1	Sobre o trabalho de campo .....	55
4.2	Descrição do arranjo institucional segundo os entrevistados .....	57
4.2.1	Definição e objetivos .....	57
4.2.2	Produtos .....	63
4.2.3	Atores .....	64
4.3	Implementação do SAMU Regional e mecanismos de coordenação e cooperação .....	77
4.3.1	O processo de implementação.....	77
4.3.2	Mecanismos de coordenação e cooperação no SAMU Regional.....	82
4.3.3	Fatores facilitadores e dificultadores da implementação.....	89
4.4	Nota conclusiva .....	95
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	97
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	103
	<b>APÊNDICE - Roteiro de entrevista</b> .....	107

## 1 INTRODUÇÃO

Com o processo de redemocratização, a Constituição Federal de 1988 e o fortalecimento das políticas sociais a partir da década de 1990, a saúde pública no Brasil teve um importante avanço, tendo sido criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema consiste em uma ampla e complexa rede que abrange ações e serviços de saúde, como a atenção primária, média e alta complexidades, urgência e emergência, a atenção hospitalar, além da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2022b). A gestão do sistema é compartilhada entre os três entes da Federação.

O tema deste TCC é a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) prestado pelo SUS e o objeto é o arranjo institucional do serviço regional no estado de Minas Gerais. O problema que norteia essa pesquisa é: como o arranjo institucional desse programa se constitui e dispõe de mecanismos de coordenação e cooperação para viabilizar a regionalização do SAMU?

Esse serviço é um dos componentes assistenciais da Rede de Atenção às Urgências e visa disponibilizar canal permanente para atendimento a acidentes e demais casos de saúde que demandam assistência médica imediata. O serviço foi instituído em 2004 pelo decreto presidencial nº 5.055 e atualmente é regulado pela Portaria 1.010/2012 do Ministério da Saúde. Ele oferta e regula a assistência pré-hospitalar móvel e a transferência de pacientes graves entre unidades de atendimento médico (MINAS GERAIS, 2020), buscando evitar a piora do quadro clínico deles.

Em Minas Gerais, a operacionalização do SAMU ocorre em dois modelos: municipal e regional. No primeiro, a gestão é de competência do município que oferta o serviço, e sua abrangência se restringe ao território municipal. Já no segundo modelo, a gestão é estadual e a abrangência envolve macro ou microrregiões, de forma que o atendimento do serviço se estende a um conjunto de municípios próximos, ou seja, pertencentes a uma mesma região (MINAS GERAIS, 2022).

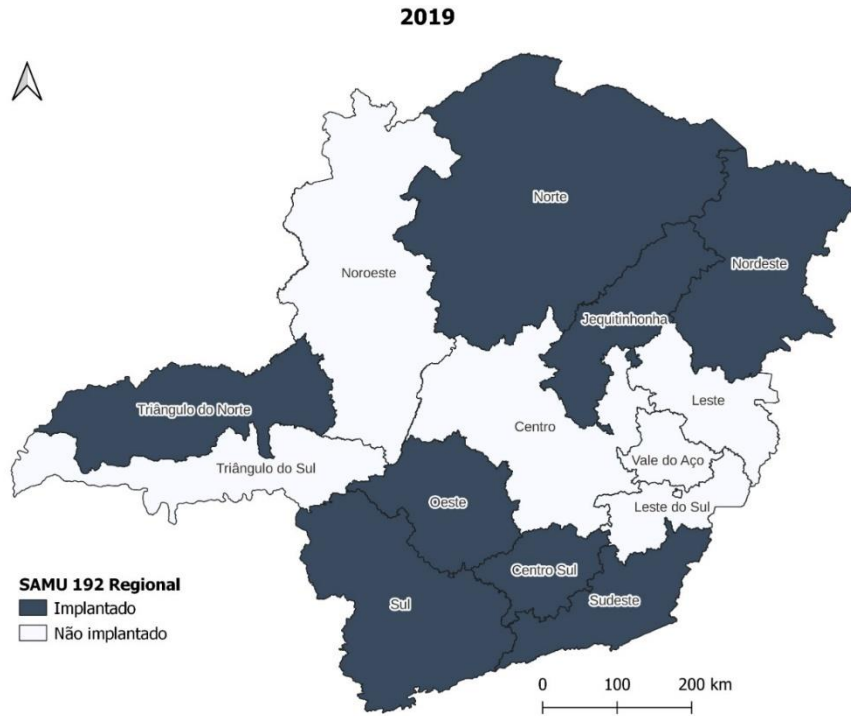
O modelo regional, foco desta pesquisa, atualmente apresenta duas possibilidades de operacionalização: (1) por consórcio intermunicipal, resultado da união e organização dos municípios para instituírem esse ente que os representa; e (2) por um município específico, normalmente de grande porte e que faz parte de uma região muito populosa, como nos casos de Betim e Contagem, tornando-se, com a implantação do programa, sede da Central de Regulação de Urgência Regional.

A implantação do SAMU em Minas Gerais iniciou-se em 2004, por iniciativa dos municípios e com adoção do modelo municipal. Porém, anos depois, a organização do serviço por esse modelo passou a ser reconsiderada e reavaliada, já diante de uma orientação no sentido de atender ao princípio da regionalização, estabelecido no âmbito do SUS, além de buscar o aumento da eficiência e da eficácia dos recursos públicos e da infraestrutura utilizada, o que se acredita ser coerente com o modelo regional (MINAS GERAIS, 2022).

A transição para o modelo regional em Minas Gerais, apesar dos esforços de governos anteriores, ainda não conseguiu ser concluída completamente em todo o território mineiro, e apenas algumas regiões contam com o modelo. Portanto, a regionalização do SAMU tem sido um processo realizado em etapas, promovendo a implantação gradual em cada uma das regiões de saúde, o que envolve planejamentos, estudos, negociações políticas e distribuição de recursos, por exemplo (MINAS GERAIS, 2022).

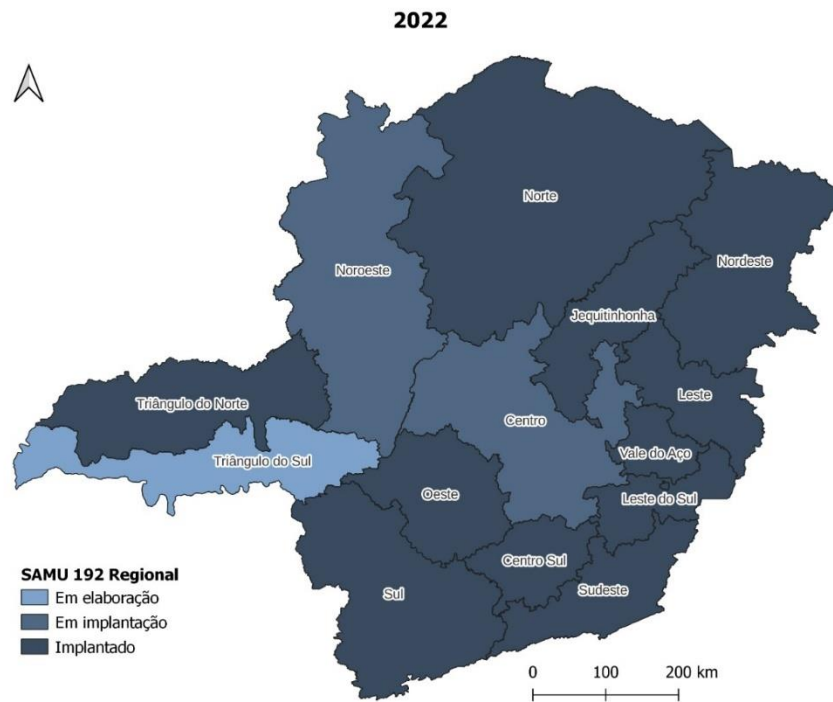
De todo modo, os Mapas 1 e 2 a seguir mostram a evolução do processo de implementação do SAMU Regional no estado ao longo da atual gestão (2019 a 2022), considerando a divisão do território nas catorze macrorregiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização. O Mapa 1 mostra que, em 2019, somente 8 macrorregiões de saúde tinham o SAMU regionalizado, já o Mapa 2 mostra a situação até setembro de 2022, quando já haviam 11 macrorregiões com o SAMU implantado, em 2 estava em implantação e em 1 estava em elaboração.

Mapa 1: Implantação do SAMU Regional no Estado de Minas Gerais em 2019



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Mapa 2: Implantação do SAMU Regional no Estado de Minas Gerais em 2022



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



Essa evolução reforça o lugar estratégico ocupado pelo programa “SAMU 192 Regional” na atual gestão do governo de Minas Gerais. Ele faz parte da Política Estadual de Atenção Hospitalar, que é um dos projetos estratégicos do governo estadual, de acordo com o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2020-2023 de Minas Gerais. O programa tem como objetivo a regionalização do SAMU em todo o Estado, de modo a implantar e/ou manter o serviço nas 14 macrorregiões de saúde estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) mineiro, em vigor desde 2020 (MINAS GERAIS, 2022).

A proposta do programa SAMU 192 Regional consiste em ampliar a cobertura do serviço para toda a população mineira, a fim de proporcionar o atendimento pré-hospitalar em tempo e local oportuno, de modo a assegurar o transporte de pacientes ao ponto de atenção mais adequado e, conseqüentemente, melhorar a qualidade assistencial em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022).

Por meio dessa configuração, o SAMU Regional busca cumprir o princípio da regionalização preconizado pela diretriz do SUS que defende a organização dos serviços de saúde presente em distintas áreas geográficas, de modo que sejam integrados e unificados em um mesmo centro de comando (BRASIL, 2022b). Ademais, está em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, o Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências do Estado de Minas Gerais, de 2004, e a Portaria nº 1.010/2012 do Ministério da Saúde, visto que todas essas legislações estabelecem a importância de regionalizar o serviço.

Por ser um programa que demanda a atuação do estado junto aos municípios para promover a regionalização, implementando a gestão do SAMU, requer-se o envolvimento de diversos atores do SUS para realizar sua operacionalização, bem como necessita de interlocução e negociações, a fim de desenvolver parcerias e articular os interesses em jogo. Dessa forma, verifica-se que o programa precisa ser estruturado de modo que consiga conciliar diferentes fatores, para efetuar a implementação regional e atingir os objetivos esperados.

Diante disso, mostra-se relevante a análise do arranjo institucional para o estudo do SAMU Regional, uma vez que “o conceito de arranjo institucional é entendido como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica” (PIRES; GOMIDE, 2014, p. 13).

Por isso, os estudos preocupados em analisar o arranjo institucional de implementação de políticas públicas consideram o conjunto de elementos institucionais que ocasionam a sua estruturação e operacionalização. O arranjo é especialmente importante quando uma política demanda articulações entre os entes federativos e mobiliza diferentes atores, o que exige a adoção de mecanismos de coordenação e cooperação entre estes entes e atores, buscando convergir e organizar a sua atuação. Nesse contexto, entende-se que coordenação e cooperação constituem dinâmicas de execução das ações de modo concatenado e integrado, que envolvem negociações, compartilhamento de tecnologias e recursos entre os envolvidos, tendo como resultado a atuação colaborativa dos participantes para evitar sobreposições e ineficiências nos serviços prestados em conjunto (GONTIJO, 2012).

Assim, também são analisados nesta pesquisa os mecanismos de coordenação e cooperação associados à implementação do SAMU Regional, uma vez que eles fazem parte do arranjo institucional e estão presentes para viabilizar o desenvolvimento do programa (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Esses mecanismos também são objeto de estudo, pois organizam interações, fluxos e procedimentos, além de contribuírem para atuações colaborativas e complementares (SOUZA, 2018).

Este trabalho se insere nesta problemática e o seu objetivo geral foi mapear, descrever e analisar o arranjo institucional de implementação do programa SAMU 192 Regional do Estado de Minas Gerais, e os mecanismos de cooperação e coordenação que o constituem. Com isso, buscou-se entender a dinâmica do programa e em que medida e de que forma seu arranjo afeta o processo de implementação nas regiões de saúde do estado. Para alcançar este objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Revisar e sistematizar modelos e referenciais teóricos sobre arranjo institucional e sobre coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas que contribuam para a análise do programa SAMU Regional e para a realização da pesquisa;
- b) Apresentar e analisar o arranjo institucional da gestão do SAMU Regional, elencando as estruturas organizacionais, atores, interações, processos, instrumentos e mecanismos envolvidos na implementação do programa;

- c) Identificar e descrever os mecanismos de coordenação e cooperação presentes no processo de implementação do SAMU Regional.

Este trabalho é relevante, pois pode subsidiar estratégias a serem adotadas em outras políticas que busquem promover coordenação e cooperação, a fim de alcançar maior integração entre os atores, melhor distribuição de funções, aprimorar articulações, além de incentivar a adesão à política. A identificação e a descrição dos mecanismos de coordenação e cooperação, bem como do arranjo institucional podem fornecer informações que possibilitem a organização de outras políticas públicas de maneira semelhante, de modo que também possam adotar estruturas e instrumentos similares.

Para a SES, a análise sobre o SAMU Regional é benéfica, pois são identificadas algumas fragilidades e pontos de atenção que podem ser resolvidos, assim como aspectos positivos do programa são apontados, podendo ser replicados em outras situações. Além disso, outras políticas de saúde também devem requerer coordenação e cooperação, considerando os princípios do SUS e as relações entre os entes federativos que atuam em conjunto. Somado a isso, essas abordagens sobre o SAMU Regional podem ser um exemplo de análise a ser aplicada para a pesquisa de outras políticas semelhantes, sobretudo aquelas que também visam à regionalização e/ou estabelecimento de articulações intergovernamentais.

Este trabalho tem um caráter qualitativo e foi desenvolvido a partir dos seguintes delineamentos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, a fim de proporcionar fontes variadas, com uma ampla cobertura, e viabilizar evidências empíricas de naturezas distintas. A pesquisa bibliográfica, que inclui materiais como livros, jornais, teses, dissertações, entre outros, contribuiu para delimitar e apreender as categorias de análise do estudo; definir e compreender sobre o arranjo institucional de políticas públicas, bem como os mecanismos de coordenação e cooperação associados a elas.

A pesquisa documental foi o meio utilizado com o intuito de consultar materiais relacionados mais ao âmbito interno das organizações, por exemplo, leis, decretos, portarias, regulamentos, deliberações, plano de projeto, de modo que sejam referentes à operacionalização do SAMU Regional. A partir da análise desses documentos, tem-se o objetivo de compreender com maior profundidade a estrutura e a dinâmica do programa. Dessa forma, propõe-se obter subsídios para elencar as

estruturas organizacionais, atores, interações, processos e instrumentos envolvidos na implementação do SAMU Regional. Em adição, espera-se identificar e descrever os mecanismos de coordenação e cooperação existentes.

Por fim, entrevistas semiestruturadas com servidores públicos que atuam no programa SAMU Regional foram realizadas para possibilitar o acesso a informações complementares acerca dos elementos que constituem a implementação do modelo regional do SAMU. Essas informações foram referentes mais especificamente ao arranjo institucional do programa, a fim de elucidar as ações coordenativas e cooperativas no momento de implementar o SAMU nas regiões de saúde. Ademais, foi efetuada uma análise interpretativa das entrevistas.

Além desta introdução, o trabalho está estruturado em mais quatro capítulos. O primeiro discute sobre arranjos institucionais de políticas públicas, a coordenação e cooperação, discorrendo sobre os conceitos, o sistema federalista e as relações intergovernamentais no Brasil. Somado a isso, é apresentada a literatura sobre os mecanismos comumente utilizados pelos governos para promover coordenação e cooperação. O segundo capítulo trata da configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e da regionalização de serviços de saúde, descrevendo a dimensão normativa do arranjo institucional do SAMU Regional, com base nas orientações e dispositivos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O terceiro capítulo apresenta a análise do arranjo institucional e dos mecanismos de coordenação e cooperação que o constituem. Finalmente, nas considerações finais do trabalho, situam-se os achados e resultados verificados, as limitações da pesquisa e algumas recomendações sobre o programa SAMU Regional.

## **2 COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Este capítulo apresenta a revisão conceitual da pesquisa. Inicialmente apresentam-se os principais pontos da organização do federalismo, com foco na análise de elementos que contribuem para a coordenação e a cooperação nas relações entre os níveis de governo. Na sequência, os conceitos de coordenação e cooperação nas políticas públicas no contexto brasileiro são abordados, destacando as recentes mudanças na organização e na atuação governamental no estado brasileiro, a partir da década de 1990. Na terceira seção, são apresentados e caracterizados alguns mecanismos utilizados no setor público que induzem à coordenação e cooperação, inclusive mencionando alguns exemplos. Por fim, a última seção trata a abordagem do arranjo institucional de implementação de políticas públicas como um recurso analítico potencial para a análise desta etapa do processo político.

### **2.1 Federalismo e relações intergovernamentais**

Ao analisar coordenação e cooperação nas políticas públicas, é importante levar em consideração o contexto do federalismo brasileiro, já que esse sistema serve como base para entender como são estabelecidas as relações entre os entes, assim como as atribuições definidas a cada um, de maneira que ocorrem articulações entre eles. Por isso, discute-se a seguir sobre o sistema federalista no Brasil, para compreender, a partir dele, o desenvolvimento de práticas de coordenação e cooperação.

O federalismo é uma forma de Estado em que o poder político-administrativo é descentralizado em diferentes esferas de governo, possuindo cada uma autonomia. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reforça o federalismo e determina um forte empenho do Estado para a provisão de políticas públicas nas mais diversas áreas de atuação, de modo que delimita as competências dos entes e assegura a divisão da legitimidade e do poder decisório entre eles (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010).

Nesse contexto, é possível verificar o problema da ação coletiva, que consiste no fato de que os indivíduos, considerados racionais e egoístas, agem para alcançar um interesse em comum ou coletivo somente por meio de coerção ou se a participação em determinada ação resultar em benefícios individuais, os denominados “incentivos seletivos”, o que influencia a decisão dos atores de cooperar ou não. Assim, no

federalismo pode haver situações de cooperação entre os entes, mas também cada um possui autonomia decisória, devido às suas competências específicas, decorrentes da divisão de autoridade (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Como resultado, podem ocorrer conflitos e divergências, dependendo dos objetivos e interesses dos envolvidos.

Sobre isso, Souza (2018) argumenta que em países federalistas, com dois ou mais níveis de governo com autonomia constitucional, a tendência é que a implementação das políticas públicas seja fragmentada, o que demanda um maior esforço de coordenação, principalmente da coordenação que envolve relações intergovernamentais.

Nesse sentido, Menicucci e Marques (2016, p. 827) afirmam que “[...] em um arranjo federalista, deve haver incentivos de cooperação para a solução dos problemas de ação coletiva, e se coloca o desafio de conciliar a autonomia das esferas de governo com a necessária interdependência entre elas”. Percebe-se, pois, que há um dilema entre o autogoverno das instâncias e a necessidade que elas possuem de se relacionar, por apresentarem vínculos e estarem integradas. A fim de superar esse conflito, deve-se, portanto, fomentar a cooperação entre as partes.

Além disso, considerando o compartilhamento de atribuições entre os níveis de governo e a concorrência na oferta de políticas públicas que fazem parte do contexto federalista, negociações e contratualizações são necessárias para regular a dinâmica do sistema, de modo que se constitui um pacto entre os entes (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010). Desse modo, os níveis de governo da Federação precisam agir de maneira conjugada e complementar, para que consigam alcançar objetivos em comum ou similares, implementar políticas, financiar suas atividades e dividir responsabilidades.

Para isso, os componentes da Federação fazem uso de instrumentos e mecanismos de coordenação e cooperação, quando mais de um nível governamental atua em um mesmo setor de política pública e considerando a situação de interdependência, até mesmo como forma de manter a unidade nacional (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010). Um desdobramento disso é a cooperação entre territórios por meio do associativismo e do consorciamento, resultando em organizações através das quais os entes atuam em conjunto. Adicionalmente, são verificadas outras possibilidades.

Mecanismos de parceria aprovados pelos entes federativos, como regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, respeito mútuo e a negociação no plano intergovernamental são considerados essenciais para o equilíbrio das formas de cooperação e competição (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p. 827)

De acordo com Souza (2018), o repasse de recursos financeiros adicionais tem sido o principal mecanismo de coordenação vertical (ou seja, intergovernamental) empregado como forma de incentivar a adesão dos municípios aos programas sociais, sobretudo das áreas da saúde e da educação. A autora também defende que as normas dessas políticas são bem formuladas e compreensíveis, o que proporciona mais segurança aos atores e mitiga problemas de coordenação. No entanto, há outras maneiras de favorecer a participação e a contribuição dos entes federativos nas políticas públicas. “Para Filippov et al., por exemplo, o papel do sistema de partidos políticos integrados verticalmente nas federações é o de promover a cooperação entre níveis de governo, sendo a chave para gerar consentimento e promover a cooperação” (SOUZA, 2019, p. 7).

Nesse sentido, de acordo com Abrucio, Franzese e Sano (2010), a coordenação entre os entes federativos é primordial para garantir a interdependência entre governos, que são constitucionalmente autônomos, mas que preservam vínculos e formam uma unidade. O federalismo cooperativo é, inclusive, mencionado pela Constituição Federal de 1988, sendo abordado, de modo geral, no Artigo 23, que, em seu parágrafo único, estabelece que leis complementares fixarão normas para a cooperação entre os entes da Federação.

Ademais, a coordenação federativa exitosa

[...] é uma mistura de práticas competitivas e cooperativas, as primeiras relacionadas à participação autônoma dos entes federados no processo decisório conjunto, com barganhas e controle mútuo entre os níveis de governo, e as últimas vinculadas às parcerias e arranjos integrados nos planos territorial e das políticas públicas (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010, p. 181).

Porém, em virtude de diversidades culturais, territoriais, políticas e socioeconômicas, há dificuldades no sistema federalista, pois tenta-se garantir a atuação soberana de cada uma das partes e, concomitantemente, a integração entre elas, a fim de existir coesão e convergência nas ações governamentais. Dessa forma, a organização federalista tem como objetivo conciliar a autonomia e a interdependência entre os participantes, o que é necessário em um Estado que

apresenta territórios heterogêneos (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010; MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Além das várias realidades existentes no Brasil, outro desafio enfrentado pelo sistema federalista envolve o movimento de descentralização, na tentativa de adequar as políticas públicas ao contexto local, já que os agentes do território são os encarregados pela sua operação, pois têm maior conhecimento sobre as especificidades locais. No entanto, deve-se considerar que há governos subnacionais que muitas vezes carecem de recursos financeiros, humanos, de infraestrutura e de gestão para planejar e executar ações que são de sua responsabilidade (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010).

Segundo Souza (2018), a administração pública tem apresentado dificuldades quanto à capacidade de coordenação, até porque não é simples conduzir a implementação das políticas conforme as decisões e os objetivos governamentais, ainda mais quando é necessário o envolvimento de diferentes organizações atuando em parceria. Como consequências dessas dificuldades referentes à coordenação intragovernamental (horizontal), é possível ocorrer o impedimento da execução da política, a repetição de atividades e o acirramento de conflitos burocráticos (GAETANI, 2011 *apud* SOUZA, 2018).

Para evitar isso, requer-se, portanto, que algumas políticas tenham um direcionamento, sejam orientadas e auxiliadas por instância que a comande e a lidere, ou seja, que haja a centralização em um ente. No federalismo brasileiro, cabe ao governo federal essa função, até pelo legado histórico da concentração de decisões no nível nacional e na União, considerando, por exemplo, os períodos da Era Vargas e da ditadura militar. A própria Constituição da República de 1988 herdou essa tradição histórica e confere ao governo federal o poder normativo. Assim, por meio de uma identidade nacional e com instituições consolidadas, busca-se garantir a unidade da nação, a despeito das pluralidades existentes (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010).

Além disso, de acordo com Menicucci e Marques (2016), a liderança do Executivo federal é positiva para coordenar a implementação de políticas públicas, a qual ocorre por meio de mecanismos institucionais que influenciam as decisões dos governos subnacionais e evitam divergências de comando inerentes à ação coletiva. Todavia, é importante que as subunidades constituintes sejam incluídas nas discussões sobre as políticas, de maneira que “a coordenação pressupõe, portanto,



alguma centralização de decisões, mas que devem ser, assim como as ações cooperativas, negociadas e aprovadas pelos entes federativos” (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p. 828).

Nesse contexto, a respeito da organização do federalismo brasileiro, Arretche, Vasquez e Gomes (2012) tratam sobre a divisão das competências dos entes. Os autores afirmam que, apesar das receitas fiscais serem descentralizadas, existem normas nacionais que regulam as finanças subnacionais, delimitando a tomada de decisão pelos governos estadual e municipal. Com foco na área da saúde, verificam que “o governo federal controla as principais fontes de recursos e normatiza seu desembolso, cabendo aos governos subnacionais a execução ou implementação dessas políticas” (ARRETCHÉ; VASQUEZ; GOMES, 2012, p. 161). Portanto, a distribuição de autoridade das políticas de saúde possui uma estrutura vertical, sendo centralizada na União, que formula a política nacional de saúde e coordena as ações entre os entes federativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto um sistema federativo, inclui, enfim,

[...] uma articulação federativa nacional, com importante papel coordenador, indutor e financiador nas mãos da União, mas com grande autonomia dos governos subnacionais. Ademais, esse modelo envolve a criação de arenas intergovernamentais de discussão e deliberação, na forma de conselhos horizontais e verticais. (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010, p. 190)

Por terem optado pela adesão ao SUS, estados e municípios são submetidos às suas normativas, as quais são estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Esse órgão do Executivo federal também é responsável pelas transferências condicionadas para implementação das políticas públicas. Isso garante o poder sobre a agenda dos governos subnacionais, tendo em vista o controle do Ministério, exercido por meio das diretrizes e da liberação de recursos (ARRETCHÉ; VASQUEZ; GOMES, 2012). Como resultado, estados e municípios dependem muito dos repasses federais para implantar as políticas nos seus territórios.

O principal meio de coordenação utilizado pela União na área da saúde tem sido a publicação de portarias ministeriais, as quais muitas vezes têm o propósito de estabelecer requisitos para as transferências de recursos federais, em geral atrelados ao cumprimento dos objetivos das políticas nacionais pelos governos subnacionais e à adesão a determinados programas (ARRETCHÉ; VASQUEZ; GOMES, 2012). Dessa forma, a União define regras que conseguem convergir as medidas a serem

adotadas nas subunidades da Federação, induzindo e direcionando as prioridades dos governos locais para atender às diretrizes da política nacional de saúde.

Vale ressaltar que o exercício da coordenação federativa em relação aos municípios não compete apenas à União, sendo também uma responsabilidade das esferas estaduais. De acordo com Menicucci e Marques (2016), isso se justifica pela heterogeneidade dos municípios quanto à capacidade técnica, administrativa e financeira, de maneira que os estados estão mais próximos e têm mais conhecimento sobre os problemas municipais do que o governo federal. Assim, a atuação dos estados ocorre muito no sentido de evitar as desigualdades regionais.

Em síntese, discutiu-se sobre a configuração do sistema federalista e o conflito associado a ela, decorrente da existência da autonomia decisória dos entes governamentais, ao mesmo tempo que há a interdependência entre eles para conseguir desenvolver suas ações. Dessa forma, manifesta-se um problema de ação coletiva, pois a tendência a cooperar é vinculada a alguma vantagem individual adquirida, sendo necessário algum tipo de incentivo ou coerção, a fim de conseguir a participação de todos para o alcance de um objetivo pretendido.

Por causa disso, é importante a coordenação dos níveis de governo, porém verificam-se desafios em um Estado com regiões heterogêneas, como o Brasil, e também quanto à descentralização das políticas públicas em localidades em que faltam recursos, infraestrutura e qualificação dos servidores.

Ressaltou-se ainda que a organização do federalismo tende a fragmentar a implementação das políticas públicas, o que demanda coordenação e cooperação para mitigar conflitos e convergir as atuações dos entes. Isso evidencia a importância da União assumir a liderança e o comando das outras esferas, promovendo negociações e contratualizações, a fim de orientá-las para o alcance de objetivos comuns. Todavia, defende-se a inclusão das subunidades constituintes nas decisões, para entender o contexto local e adequar as políticas públicas às realidades do território.

Nesse sentido, observa-se que as transferências condicionadas de recursos financeiros demonstram ser um mecanismo potente de incentivo à adesão dos governos subnacionais e de direcionamento de suas ações, sendo um mecanismo bastante empregado nas políticas públicas de saúde e educação. As normativas nessas áreas também são bem definidas e consolidadas, contribuindo para a coordenação dos entes.

As políticas de saúde, especificamente, apresentam estrutura vertical, uma vez que a União é responsável por formular a política nacional e coordenar os papéis desempenhados pelos entes, enquanto os outros níveis governamentais devem executar localmente as ações e os serviços. Por fim, ressalta-se que a coordenação precisa ser desempenhada também pelos estados e não somente pelo governo federal.

Diante disso, trata-se também da necessidade mais recente de haver atitudes voltadas para promover coordenação e cooperação, perante a atual configuração da sociedade e de suas demandas, sobretudo em um sistema federativo, o que implica melhor integração entre governos, visando alcançar resultados efetivos.

Toda essa discussão aponta para a importância de compreender o que se define por coordenação e cooperação nas políticas públicas e a diferença entre esses dois termos, tema da próxima seção.

## **2.2 Por que coordenar e cooperar?**

De acordo com Souza (2018), a coordenação consiste na organização de atividades, de modo que há um entendimento consensual entre os envolvidos para o alcance de propósitos em comum. A coordenação não ocorre espontaneamente nas organizações nem entre os sujeitos, havendo a necessidade de induzi-la, por meio de incentivos, para convencer e incentivar a adesão dos agentes a uma política pública. Por causa disso, a coordenação possui um caráter hierárquico. Ademais, ela pode ocorrer tanto verticalmente, entre indivíduos e organizações que pertencem a níveis de governo distintos, ou seja, no âmbito das relações intergovernamentais – o que é condizente com o sistema federalista –, quanto horizontalmente, entre indivíduos e organizações que se encontram em um mesmo nível de governo, portanto, de modo intragovernamental.

Peters (1998) se refere à coordenação como um estado final das políticas governamentais, caracterizado pela solução dos problemas de redundância, incoerência e lacunas presentes nas políticas. Nesse sentido, em um patamar mínimo, as organizações têm ciência sobre as atividades umas das outras e se empenham para não repetir ou atrapalhar o que é executado. O autor também defende que a coordenação não é um processo, no sentido de algo temporário e pontual, mas sim uma condição persistente e definida.

De maneira complementar e em consonância com essa definição, Gontijo (2012, p. 88) define coordenação como

[...] condição ou dinâmica consolidada de execução das ações, previamente planejada, que ocorre por meio da articulação e compartilhamento das diversas tecnologias e recursos dos atores envolvidos no processo, com o objetivo de minimizar as sobreposições e deficiências dos serviços.

Esses autores salientam que a coordenação tem os objetivos de evitar a repetição de tarefas e atividades, assim como de indicar falhas e carências existentes na implementação das políticas públicas (GONTIJO, 2012; PETERS, 1998; SOUZA, 2018). Para se atingir tais propósitos, esse tipo de ação deve considerar o planejamento, ressaltando a relevância de se conceber e estruturar antecipadamente o que se pretende colocar em prática. Somado a isso, segundo Gontijo (2012), coordenar também inclui a realização de trocas entre os participantes de forma colaborativa.

Apesar das práticas de coordenação e cooperação se relacionarem, entende-se que a última é uma iniciativa voluntária, que parte naturalmente dos indivíduos, com o objetivo de contribuir uns com os outros, tendo em vista o compartilhamento de uma tarefa (SOUZA, 2018). Assim, a principal distinção entre os dois conceitos parece estar na origem da ação, sendo que a coordenação está mais associada a uma diretriz proveniente de um superior, enquanto a cooperação é oriunda da necessidade ou da vontade dos próprios agentes.

Já Gontijo (2012) apresenta um entendimento similar da coordenação e cooperação. Para ele, a coordenação é entendida como o conjunto de relações concertadas que apresenta estrutura hierárquica de funcionamento, ou seja, com característica vertical. A cooperação, por sua vez, consiste em concertações provenientes de relações horizontais.

Porém, diferentemente de Souza (2018) que defende que em um país federalista a cooperação é típica das interações intergovernamentais (entre níveis de governo diferentes), Gontijo (2012) considera que é possível ocorrer esse tipo de ação também no interior dos entes federados (de modo intragovernamental). Essa perspectiva do autor sustenta que a análise feita para categorizar as experiências como coordenação ou cooperação deve considerar a relação envolvida com o objetivo específico da ação, em vez de observar o macrossistema no qual os atores se

inserir, pois o tipo de relação entre as instâncias e os agentes acontecem independentemente do macrossistema (GONTIJO, 2012).

No contexto brasileiro, Souza (2018) reconhece a proximidade entre coordenação e cooperação, considerando o que é estabelecido na Constituição Federal de 1988 sobre a atribuição do Executivo Federal de coordenação central da maior parte das políticas públicas, mas, ao mesmo tempo, prevendo leis complementares para definir a cooperação entre os subnacionais, que ainda podem formular e coordenar determinadas ações.

Nesse sentido, sob a perspectiva do federalismo, ao tratar da atuação conjunta entre os entes governamentais é preciso distinguir coordenação e cooperação, pois, a despeito de ambas geralmente envolverem negociações e barganhas, elas demandam desenhos institucionais específicos para cada uma ser executada (SOUZA, 2018).

A cooperação tende a manter a autonomia dos entes que dela participam e a coordenação tende a centralizar decisões, por requerer medidas “de cima para baixo”. No entanto, cooperação e coordenação podem ocorrer simultaneamente. O que varia é a ênfase dada a cada uma. (SOUZA, 2018, p. 45)

A partir dessas definições, pode-se questionar: afinal, o que tem levado os governos a agirem no sentido de promover coordenação e cooperação? Diante do cenário atual marcado pelo maior envolvimento dos governos em questões econômicas e sociais, pelas reivindicações de diversos grupos da sociedade e pelo aumento de problemas que abrangem diferentes segmentos e áreas, a capacidade de coordenação tem sido demandada (SOUZA, 2018). Somado a isso, a abordagem transversal de temas e questões da sociedade de maneira que perpassam diferentes setores e áreas tem sido mais comum no setor público. Para ser capaz de lidar de maneira estratégica e de enfrentar os problemas com uma ampla abrangência de seus fatores, assim como para conseguir articular diversos agentes e atividades, o Estado recorre a mecanismos de coordenação e cooperação, a fim de estabelecer parcerias e organizar uma atuação conjunta (GONTIJO, 2012).

Os mecanismos de coordenação têm sido desenvolvidos também por causa da tendência de descentralização das políticas públicas, que passou a vigorar mais fortemente nos anos 1990, e que consistiu na responsabilização dos entes subnacionais pela execução de políticas públicas.

A questão da coordenação federativa é estratégica para o desenvolvimento do Estado brasileiro e tem se tornado mais importante nas últimas décadas, por conta da combinação de democratização, descentralização e ampliação das políticas sociais. (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010, p. 181)

De forma complementar, Souza (2018) enumera os fatores que emergiram sobretudo a partir da década de 1990 e que motivam os governos a adotarem medidas de coordenação. Um deles é a menor disponibilidade de recursos para executar as ações governamentais, dada a necessidade de diminuir os gastos públicos, a redução de impostos exigida pela população, bem como a reivindicação por transparência dos gastos. Soma-se a isso, a criação de políticas públicas direcionadas para atender grupos vulneráveis da sociedade, diante do esforço de reconhecimento e inclusão deles; a preocupação com a competitividade entre as nações, o que requer investimentos em inovação, infraestrutura e mão de obra qualificada. Por fim, aponta a demanda de políticas funcionais e universais, como saúde e educação, por esforços de coordenação, a fim de assegurar amplamente e com qualidade a oferta dos serviços, inclusive conforme parâmetros provenientes da globalização (SOUZA, 2018).

Nesse sentido, há diferentes motivos para a adoção de ações cooperativas pelas organizações, como o aumento das escalas de atividade, o intercâmbio de tecnologias, a competitividade, a geração de inovação e o enfrentamento de problemas sociais específicos de maneira transversal e intersetorial (BROWN; WADDELL, 1997 *apud* GONTIJO, 2012). Do mesmo modo, vê-se a necessidade de ações governamentais que coordenam processos, pessoas e organizações, bem como estimulam que os agentes cooperem uns com os outros, havendo maior integração para encontrar soluções eficazes nos governos. Algumas dessas formas de cooperação e coordenação são apresentadas na próxima seção.

### **2.3 Exemplos de mecanismos de coordenação e cooperação**

Com o intuito de tornar mais tangíveis as categorias analíticas deste trabalho e de oferecer exemplos práticos verificados pelas pesquisas sobre o tema, discute-se nesta seção sobre as diferentes estratégias, estruturas e ferramentas que promovem ações coordenativas e cooperativas. Há níveis e arranjos variados destas ações, os quais apresentam diferentes graus de formalidade e institucionalização (ALEXANDER, 1993 *apud* GONTIJO, 2012).

Um primeiro tipo de mecanismo coordenativo é o que Alexander (1993) denomina como “estratégias”, que consiste em meios de articulação para conceber coalizões políticas. Como exemplo, refere-se à união de grupos ou setores a fim de obter sinergia e alcançar objetivos pretendidos. Outro tipo de mecanismo consiste em “estruturas”, que são organizações com normas, interações e processos consolidados e específicos, constituídas para coordenar agências, políticas públicas e/ou níveis governamentais. Essas estruturas normalmente possuem quadro de profissionais próprio e visam tornar relações intergovernamentais carentes de coordenação em sistemas mais institucionalizados. Por fim, as chamadas “ferramentas” são os instrumentos ou meios utilizados para operacionalizar ações concertadas pelas estruturas, como reuniões, *e-mails*, telefonemas, grupos de trabalho – os quais são classificados como ferramentas informais –, e contratos, regulamentações, leis, conselhos de gestão e governança, procedimentos de revisão e aprovação de planos, considerados ferramentas formais (ALEXANDER, 1993 *apud* GONTIJO, 2012).

Alguns dos mecanismos de coordenação são comumente utilizados de forma combinada, como as “redes informais”, interlocuções para coordenar os processos de tomada de decisão, formulação e implementação das políticas públicas, com o emprego de ferramentas informais. As redes são entendidas como um mecanismo adicional para estruturas coordenativas mais elaboradas (ALEXANDER, 1993 *apud* GONTIJO, 2012).

Vale salientar que se verificam diferentes entendimentos pela literatura a respeito da noção de rede. Neste trabalho, é considerada a definição de Sulbrandt, Lira e Ibarra (2001), que conceituam redes como estruturas interdependentes formadas por diversas organizações ou por partes delas, não havendo subordinação formal nem arranjo hierárquico entre elas. Segundo eles, as redes apresentam certo grau de estabilidade estrutural e se estendem para além dos vínculos formalmente estabelecidos. No setor público, as redes consistem em um conjunto específico, persistente e estruturado de organizações autônomas que produzem bens e serviços públicos, funcionam com base em contratos flexíveis que as permitem adaptar-se ao seu contexto de atuação, coordenar e manter intercâmbios (SULBRANDT; LIRA; IBARRA, 2001).

Alguns elementos são centrais para as redes, como os fluxos de recursos (humanos, financeiros, de informações) entre unidades independentes; interações que envolvem um conjunto de relações e trocas; intercâmbios horizontais, recorrentes,

de longo prazo, que criam interdependência; cooperação informal entre organizações; e linhas recíprocas de comunicação (SULBRANDT; LIRA; IBARRA, 2001).

Ademais, os autores delimitam dois tipos de redes: (1) as de coordenação mediada, ou seja, que são estabelecidas a partir de legislações ou por meio de diretrizes de uma organização que cria e regula o funcionamento da rede; e (2) as de coordenação não mediada ou voluntárias, isto é, que não surgem a partir de norma jurídica ou por determinação de uma organização externa. O primeiro tipo de rede (de coordenação mediada) ainda se diferencia em duas formas: (1) vertical ou hierárquica, em que as normas legais são impostas aos membros por meio de uma hierarquia e determinam, portanto, que uma organização interna à rede tenha um papel principal em termos de atribuições e recursos; e (2) horizontal, em que não há hierarquia, mas existe uma organização que coordena a rede, porém não possui autoridade sobre atividades e recursos, de modo que todos os membros têm o mesmo nível de autoridade (SULBRANDT; LIRA; IBARRA, 2001).

Os “grupos interorganizacionais” são outro mecanismo promotor de coordenação. Esses grupos constituem o menor nível de coordenação formal e, também como as redes informais que ele menciona, são mecanismos que servem como auxiliares a outros mais estruturados. Por causa disso, possuem baixa autonomia para exercer suas atividades, de modo que são desempenhadas pelas organizações participantes. Eles também não contam com orçamento nem quadro de profissionais específicos. A aplicação desses grupos tem ocorrido para coordenar as ações entre agências federais e níveis regionais e locais de governo e tem servido para facilitar orientações e entendimentos entre os envolvidos. Dessa forma, comitês interministeriais e equipes integradas de planejamento são exemplos desses grupos (ALEXANDER, 1993 *apud* GONTIJO, 2012).

A figura do coordenador também é um mecanismo de coordenação, já que esse agente é responsável por gerenciar e concatenar as atividades pertencentes a um sistema interorganizacional. Ademais, observa-se que geralmente o coordenador está vinculado a uma determinada estrutura, na qual realiza sua atuação. Segundo Gontijo (2012, p. 104), são fatores que contribuem para o exercício da função do coordenador: “[...] sua personalidade e qualificação individual e a estruturação dos papéis dentro da rede interorganizacional em que ele atua”. Somado a isso, verifica-se também que ter autoridade, ser capaz de administrar recursos e ser referência da



coordenação são elementos desse agente que proporcionam efetividade no funcionamento da estrutura (GONTIJO, 2012).

Outro mecanismo de coordenação é a “unidade coordenadora”, atrelada a determinado sistema interorganizacional, visando a sua condução. Como características, inclusive que a diferenciam dos grupos interorganizacionais, são enumeradas: grande autonomia para atuar; identidade, recursos e profissionais próprios da unidade; criada para ser duradoura e permanente (em contraposição aos grupos, que tendem a ser temporários, somente até o momento do alcance dos objetivos estabelecidos) (ALEXANDER, 1993 *apud* GONTIJO, 2012). Vale dizer que a função dessa unidade se limita a coordenar ações e atores, não abrangendo a execução de políticas. De acordo com Alexander (1993) e Gontijo (2012), são exemplos dessa estrutura as agências de suporte e assessoria ao chefe do Poder Executivo.

As chamadas “organizações condutoras” são mais um tipo de mecanismo de coordenação indicado por Alexander (1993 *apud* GONTIJO, 2012), que apresenta a seguinte definição: “Trata-se de uma estrutura altamente formalizada, que atua sobre um sistema sustentado pelo alto grau de interdependência entre os participantes e pela crença em benefícios mútuos...”. Assim, esse mecanismo consiste em uma organização que assume o papel de orientar outras que compõem uma rede.

Sob uma perspectiva com enfoque mais organizacional, que analisa como ocorre a coordenação no interior das organizações, Mintzberg (2003) define os seguintes mecanismos: (1) ajustamento mútuo, mais simples e ocorrente por meio de comunicação informal para alinhar as tarefas; (2) supervisão direta, que envolve um responsável por orientar e monitorar as ações do trabalho executado por terceiros; (3) padronização de processos, quando instruções sobre um trabalho são registradas, com o objetivo de uniformizar as atividades desempenhadas; (4) padronização de resultados, consiste na definição dos produtos e do desempenho organizacional, ou seja, ter objetivos específicos; e (5) padronização das habilidades e do conhecimento dos trabalhadores, que existe quando são determinados o treinamento e a formação requisitados aos membros para que atuem na organização.

Já quanto a mecanismos de cooperação associados mais diretamente aos entes federativos no Brasil, Abrucio, Franzese e Sano (2010) mencionam as iniciativas de associações e consórcios que apresentam esse propósito colaborativo em uma perspectiva territorial. Esses mecanismos resultam da “criação de entidades

territoriais, formais ou informais, que congregam, horizontal ou verticalmente, mais de um nível de governo” (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010, p. 179). Os consórcios especificamente resultam da união de entes da mesma natureza, sem compor uma hierarquia, de modo que apresentam igualdade na sua atuação em conjunto, respeitando a autonomia dos governos. O associativismo e o consorciamento apresentam como resultado a soma de forças em prol da defesa de um interesse e pleito em comum, assim como o apoio de um governo mais bem estruturado a outro que apresenta escassez de recursos. As

[...] formas de consorciamento e parceria aparecem em ações de ajuda mútua entre os entes federativos, tanto no que se refere à junção de esforços para *lobby* intergovernamental ou para ganhar maior capacidade de enfrentar um problema, como também em casos nos quais unidades mais desenvolvidas auxiliam outras com menor capacidade financeira ou de gestão. (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010, p. 179)

De acordo com Abrucio, Franzese e Sano (2010), no levantamento que realizaram, havia no Brasil um número expressivo de consórcios intermunicipais de saúde pública, sobretudo com a finalidade de articulação intermunicipal para implementar ações e serviços do SUS, devido principalmente à iniciativa histórica de profissionais e políticos vinculados a essa área.

Quadro 1 – Mecanismos de coordenação e cooperação

Ferramentas de coordenação	Estruturas e outros mecanismos de coordenação	Estruturas de cooperação
Informais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões</li> <li>• <i>E-mail</i></li> <li>• Telefonema</li> <li>• Grupos de trabalho</li> </ul> Formais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratos</li> <li>• Regulamentações</li> <li>• Leis</li> <li>• Conselho de gestão e governança</li> <li>• Procedimento de revisão e aprovação de planos</li> </ul>	Estruturas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redes</li> <li>• Grupo interorganizacional</li> <li>• Coordenador</li> <li>• Unidade de coordenação</li> <li>• Organização condutora</li> </ul> Outros mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustamento mútuo</li> <li>• Supervisão direta</li> <li>• Padronização de processos</li> <li>• Padronização de resultados</li> <li>• Padronização das habilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associações</li> <li>• Consórcios</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

O quadro anterior sintetiza os mecanismos de coordenação e cooperação apresentados e descritos nesta seção, conforme os trabalhos de Abrucio, Franzese e Sano (2010), Alexander (1993 apud GONTIJO, 2012), Mintzberg (2003). A partir da análise desses mecanismos, pode-se associar à aplicação nas políticas públicas. Na seção a seguir, discute-se sobre a implementação e o arranjo institucional das políticas, bem como o vínculo que estabelecem com a coordenação e a cooperação.

## **2.4 Implementação de políticas públicas e arranjo institucional**

A literatura sobre políticas públicas já superou os debates que opunham os processos de formulação e de implementação das políticas como fases separadas e independentes (LIMA; D'ASCENZI, 2013; LOTTA, 2019; SILVA; MELO, 2000; SOUZA, 2016). Isso foi resultado do entendimento sobre a complexidade da produção das políticas públicas e sobre a articulação entre as etapas, além da observação sobre a influência das instituições e de fatores políticos, bem como do envolvimento de múltiplos atores no decorrer de todo o processo de produção das políticas (MARQUES, 2013). Assim, as etapas de formulação e implementação não são sequenciais e desassociadas como se preconizava, havendo, na verdade, uma interdependência entre elas, com sobreposições e simultaneidade das suas ações, em vez de uma contraposição. Afinal, também ocorrem deliberações e tomada de decisões no momento de colocar a política em prática, podendo ocorrer aprendizados e rearranjos em relação ao planejado inicialmente (SILVA; MELO, 2000).

Nesse sentido, o processo de implementação envolve tanto a tomada de decisões e o direcionamento da política pública, realizados pelas burocracias governamentais, como também sofre interferência das instituições democráticas que não estão diretamente vinculadas à operacionalização, mas que, de alguma forma, têm interesses relacionados com o processo, podendo contribuir ou atrapalhar o desenvolvimento da política (PIRES; GOMIDE, 2014).

Entre os estudos que abordam a implementação das políticas públicas, há uma variedade de enfoques analíticos, desde aqueles que observam as estruturas de implementação, segundo uma abordagem mais institucionalista<sup>1</sup>, até aqueles que

---

<sup>1</sup> A perspectiva institucionalista atribui centralidade às instituições para a decisão, formulação e implementação das políticas públicas, de modo que aquelas influenciam as preferências dos decisores quanto a estas (SOUZA, 2006).

apresentam como enfoque os valores e as posições sociais dos implementadores (LOTTA et al, 2018).

Uma das categorias de estudo sobre implementação de políticas públicas no Brasil é a que discute as diferentes estruturas de governança presentes nessa fase, as quais podem abranger os arranjos institucionais ou a relação entre esferas federativas envolvidas. Em sua análise, esse tipo de estudo considera que há uma complexificação na operação das iniciativas, devido ao fato de vários atores, agências e organizações participarem da tomada de decisões, não cabendo somente ao Estado essa atividade. Por causa disso, busca-se investigar as responsabilidades, influências e relações dos atores e organizações atuantes na implementação (LOTTA et al, 2018).

Sob essa perspectiva, de acordo com Pires e Gomide (2014), é necessário analisar o arranjo institucional do processo de implementação das políticas públicas para entender como elas funcionam. Para esses autores, diferente da ideia de ambiente institucional, que corresponde a um contexto amplo em que são estabelecidas regras gerais dos sistemas político, econômico e social nos quais se desenvolvem diversas políticas públicas, “os arranjos institucionais compreendem as regras específicas que os agentes estabelecem para si nas suas transações econômicas ou nas suas relações políticas e sociais particulares” (PIRES; GOMIDE, 2014, p. 13).

Dessa maneira, esses arranjos caracterizam a dinâmica própria de processos que ocorrem em segmentos específicos, por meio da estruturação e organização dos componentes de um processo particular, tais como o objeto, objetivos, produtos, atores e suas interações. Como resultado disso, são os arranjos institucionais que definem a capacidade do Estado de operacionalizar as políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2014).

Em torno de cada política se arranjam organizações (com seus mandatos, recursos, competências e instrumentos legais), mecanismos de coordenação, espaços de negociação e decisão entre atores (do governo, do sistema político e da sociedade), além das obrigações de transparência, prestação de contas e controle. (PIRES; GOMIDE, 2014, p. 13)

Como exemplo de aplicação da análise do arranjo institucional, na pesquisa de Pires e Gomide (2014), visou-se entender empiricamente como os arranjos institucionais foram concebidos em determinadas políticas públicas e evidenciar os seus efeitos sobre os resultados alcançados por elas. Assim, foram avaliados programas federais brasileiros que envolviam forte atuação estatal e apresentavam

aspecto desenvolvimentista, como o Programa Bolsa Família e o Programa Minha Casa Minha Vida. Ao examinar e descrever os arranjos institucionais, foi possível aos autores identificar e analisar os objetivos, os atores envolvidos, suas funções e como esses agentes se articulavam para o funcionamento dos programas.

Lotta e Vaz (2015) discutem mais especificamente sobre a recente adoção de arranjos institucionais complexos no Brasil, devido à necessidade de aprimorar as relações federativas para determinadas áreas (como saúde, assistência social, entre outros), resolver problemas complexos e ofertar serviços para localidades ou populações específicas. Por causa disso, esses novos arranjos se assemelham por visarem à integração, seja de pessoas, organizações ou setores.

Os novos arranjos institucionais apresentam uma variedade de conformações sendo, pois, heterogêneos. Eles podem possuir tanto uma estrutura que abrange amplamente ações direcionadas para um único tema ou setor (por exemplo, o SUS que envolve todas as ações do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais), como um formato transversal, que perpassa por áreas, funções e setores organizacionais diferenciados (LOTTA; VAZ, 2015).

Além disso, segundo Lotta e Vaz (2015), pode-se observar arranjos do tipo intraorganizacional, de modo que geram novos modelos de gestão nas organizações, interorganizacional, que implica o intercâmbio entre organizações distintas, arranjo federativo, que envolve entes federativos distintos, e arranjos que resultam da interação entre organizações públicas, sociedade e mercado. Desse modo, a característica do arranjo institucional é estabelecida de acordo com o objetivo que se pretende alcançar, dado que depende dos tomadores de decisão, das diferentes atribuições definidas e do momento com o qual se relaciona (LOTTA; VAZ, 2015).

Pires e Gomide (2014) afirmam que os arranjos institucionais definem a forma de cooperação em campos específicos, e o desenho da política é condição para promover a coordenação de diferentes atores e capacidades estatais. Nesse sentido, Menicucci e Marques (2016) afirmam que o arranjo institucional de regionalização favorece a cooperação, devido às atribuições definidas no arranjo para cada nível de governo. Ademais, a ação cooperativa depende da construção de arranjos adequados e de coordenação (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Assim, existem arranjos que “[...] buscam promover o envolvimento e a coordenação horizontal (entre os setores de políticas), vertical (entre entes federativos) ou com outras organizações ou sociedade para alcançar a efetividade das políticas públicas” (LOTTA, VAZ, 2015).

Isso posto, observa-se que a forma como um arranjo institucional se configura pode viabilizar a execução de uma política pública, uma vez que constitui o meio de mobilizar e orientar elementos que propiciam as ações e atividades da política, bem como permitem alcançar seus resultados.

A partir disso, com enfoque no processo de implementação, a análise de um arranjo institucional propicia identificar os responsáveis pela operacionalização; o modo de atuação deles no planejamento da política; a maneira como ocorre a distribuição e o uso dos recursos; a presença de mecanismos de incentivo e de indução, que ocasionam o engajamento para adesão ao programa ou projeto; os encargos e vínculos dos entes federativos participantes, entre outros aspectos que fazem parte da política pública (LOTTA; VAZ, 2015).

Dessa forma, verifica-se que o estudo sobre o arranjo institucional possibilita conhecer as políticas públicas, já que fornece informações sobre aspectos delas, como o objeto, objetivos, atores, interações, processos e articulações, por meio da análise das estruturas e da organização desses elementos. No caso deste trabalho, é interessante aplicar essa abordagem na área da saúde. Por isso, no próximo capítulo, serão discutidos alguns aspectos dessa área, como o Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, bem como políticas de regionalização.

### **3 O SUS, A REGIONALIZAÇÃO E O SAMU REGIONAL**

Este capítulo apresenta um panorama geral no qual está inserido o programa SAMU Regional para melhor compreendê-lo. Por isso, primeiramente, discute-se a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do envolvimento dos entes federativos na sua operação, com o compartilhamento de responsabilidades entre eles. Como um dos componentes do Sistema, é dado enfoque na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), abordando seus componentes e princípios. Discute-se, na sequência e brevemente, sobre o SAMU, seus objetivos, elementos e desafios enfrentados. Discorre-se ainda acerca da regionalização dos serviços de saúde, tratando sobre sua importância para a RUE, até mesmo por aquela ser reconhecida como um princípio organizativo do SUS. Na seção final do capítulo, é realizada uma análise do arranjo institucional do SAMU Regional tendo como referência normativas do programa, que determinam seus componentes e sua estruturação.

#### **3.1 O SUS e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências**

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Lei Federal nº 8.080 de 1990 é considerada um marco para a saúde no Brasil, já que estabeleceu o funcionamento e a organização dos serviços correspondentes a essa área, além de ter ocorrido o desdobramento de outras legislações que estruturam e regulam seus componentes. A criação do SUS garantiu a atenção integral à saúde e o acesso universal ao sistema público. Por isso, seus princípios gerais são a universalização, a equidade e a integralidade, e seus princípios organizativos são a regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990).

Sobre os princípios organizativos, a regionalização consiste na integração dos serviços de saúde existentes em uma determinada área geográfica, com base em critérios epidemiológicos e demandas da população local, de maneira que estejam subordinados a um comando unificado. Associado a isso, a hierarquização visa à organização em níveis de complexidade crescente, para ofertar o acesso adequado aos serviços, conforme a necessidade de cada caso e de acordo com os recursos presentes em uma região. Já quanto à descentralização, preconiza-se que o poder e as responsabilidades devem ser compartilhados entre os entes federativos, com a finalidade de melhorar a prestação dos serviços, sendo que cada ente é autônomo e soberano em relação às suas decisões. Sobre a participação popular, é definido que

a sociedade deve se envolver e contribuir para o funcionamento do SUS, por meio dos conselhos e das conferências de saúde (BRASIL, 2022b).

O SUS possui uma estrutura ampla que inclui ações e serviços de saúde, de maneira que sua gestão é colaborativa entre os três entes da Federação. A esse respeito, verifica-se uma divisão das atribuições, de forma integrada, o que é mais detalhado no trecho a seguir:

O ponto central do SUS é a ideia de sistema federativo de políticas públicas. Trata-se de um modelo que supõe uma articulação federativa nacional, com importante papel coordenador, financiador e indutor da União, mas que mantém relevante autonomia nas mãos dos governos subnacionais, tanto na implementação como na produção do consenso sobre a política. Para realizar essa produção contínua de consenso e ações colaborativas, o sistema depende de duas coisas: decisão política e capacidade institucional da parte do governo federal, e a existência de fóruns intergovernamentais de discussão e deliberação, tanto horizontais, quanto verticais (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2010, p. 190).

Conforme determinado pela Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde (MS) é o gestor nacional do SUS, sendo responsável por formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações da área, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde. Cabe também ao MS pactuar o Plano Nacional de Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2022b).

Já as Secretarias Estaduais de Saúde têm a função de contribuir com a formulação das políticas e ações de saúde, dar suporte aos municípios junto ao conselho estadual e participar da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para elaborar o plano estadual. Por fim, as Secretarias Municipais de Saúde devem planejar, organizar, controlar e executar os serviços e as ações de saúde localmente, de modo articulado tanto com o conselho municipal quanto com o Estado, a fim de implementar o que é previsto no plano municipal (BRASIL, 2022b).

Com essa organização, o Sistema abrange a atenção primária, média e alta complexidades<sup>2</sup>, urgência e emergência, a atenção hospitalar, além de ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental<sup>3</sup> e assistência farmacêutica (BRASIL, 2022b).

---

<sup>2</sup> Fazem parte da atenção especializada à saúde. A média complexidade inclui os serviços ofertados em hospitais e ambulatórios e envolve o atendimento por diversas especialidades médicas. Já a alta complexidade é composta por hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa, oferecem procedimentos que envolvem tecnologia de ponta e custos elevados (FRASÃO; RIBEIRO, 2022).

<sup>3</sup> A vigilância epidemiológica é o conjunto de ações que detecta fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, para subsidiar medidas preventivas, de controle das doenças e outros agravos. A vigilância sanitária é o setor responsável por eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e



Mais especificamente sobre a área da urgência e emergência, a Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e dispõe acerca dos seus princípios e diretrizes. Assim, determina-se que os estados são responsáveis por organizar tais sistemas sob a estrutura de rede, incluindo diversos serviços e respeitando os princípios do SUS (SANTOS *et al.*, 2003). Em Minas Gerais, por exemplo, as normas gerais para a implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no estado foram estabelecidas por meio da Resolução nº 2.607/2010, da SES/MG. Somado a isso, em 2011, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 1.600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.

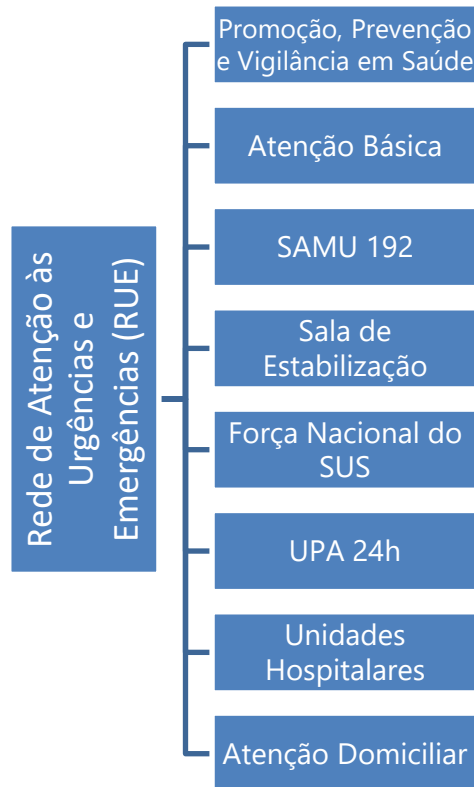
Diante disso e em relação ao conceito de rede, Ribeiro (2015) define como sendo um sistema de interações sociais que, devido às constantes trocas entre os indivíduos, sofre mudanças e reorganizações, produzindo “múltiplas possibilidades de arranjos e negociações, dependendo do potencial de contatos e fronteiras que os atores sociais envolvidos podem estabelecer” (RIBEIRO, 2015, p. 409). A autora afirma ainda que os integrantes estabelecem uma comunicação, por meio de um conjunto de normas de conduta e critérios de identificação, que fazem parte da constituição das redes. Essa definição vai ao encontro do entendimento de Sulbrandt, Lira e Ibarra (2001) discutido no capítulo anterior.

Após esse breve resgate sobre o conceito de rede, vale retomar a análise específica sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Essa rede visa “reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas” (BRASIL, 2022a). A RUE é formada pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares; e Atenção Domiciliar. A figura a seguir ilustra essa organização da RUE.

---

por controlar problemas sanitários relativos ao ambiente, à produção e circulação de bens e à prestação de serviços. Já a vigilância ambiental propicia o conhecimento acerca de fatores do meio ambiente que interferem na saúde humana, para realizar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)



Fonte: Elaboração própria

O desafio e a complexidade de funcionamento dessa Rede consistem no fato de ela precisar estar preparada para conseguir atender, em qualquer momento, a diferentes condições de saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, entre outras (BRASIL, 2022a). Por causa disso, é necessário que os seus componentes sejam bem articulados e integrados, a fim de prestar assistência qualificada e humanizada, com serviços ágeis e oportunos para a população. Além disso, como uma premissa dessa Rede, é estabelecida a qualificação profissional, que ocorre por meio da educação permanente das equipes de saúde.

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013), elaborado pelo Ministério da Saúde, as principais diretrizes que orientam a implementação da RUE são:

- Universalidade, equidade e integralidade em todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e atuação territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- Articulação interfederativa;
- Participação e controle social; e
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas.

Dando enfoque ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), um dos componentes da Rede de Urgência e Emergência e tema deste trabalho, verifica-se que seus objetivos consistem em

[...] ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. (BRASIL, 2013)

O tipo de unidade móvel a ser utilizado para atender a urgência varia de acordo com o grau de risco à saúde do paciente, a situação e condição em que ele se encontra e o tipo de atendimento necessário. Assim, o SAMU conta com as unidades móveis de urgência e emergência, que podem ser de suporte básico ou avançado. No primeiro caso, a Unidade de Suporte Básico (USB) é uma ambulância tripulada por, no mínimo, dois profissionais, sendo um condutor socorrista e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Já a Unidade de Suporte Avançado (USA) é uma ambulância tripulada por, no mínimo, três profissionais, sendo um condutor socorrista, um enfermeiro e um médico. Além destes, há a aeronave, com equipe composta minimamente por um médico e um enfermeiro; e a motolância, motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem (BRASIL, 2013; MINAS GERAIS, 2021).

Outra parte importante para a operação do SAMU 192 é a central de regulação médica, que consiste em uma estrutura física em que atuam profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores capacitados para responder ligações telefônicas com orientações e/ou atendimentos de urgência, realizando a classificação e priorização das necessidades de assistência, bem como ordenando o fluxo efetivo com base na Rede de Atenção à Saúde. De acordo com as diretrizes da RUE, as centrais de regulação devem ser regionalizadas, para assegurar o amplo acesso aos municípios (BRASIL, 2013).

Conforme descrito pelo Manual Instrutivo da RUE de 2013, as bases descentralizadas também são estruturas do SAMU, as quais precisam fornecer ao menos abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das ambulâncias, além de ter a função de garantir tempo-resposta apropriado e correto uso dos recursos do serviço (BRASIL, 2013).

Dois processos referentes ao SAMU que o Manual Instrutivo menciona são a habilitação e a qualificação. O primeiro processo consiste em demonstrar o efetivo funcionamento do serviço após sua implantação, por meio do encaminhamento de documentação comprobatória a respeito das centrais de regulação, bases descentralizadas e unidades móveis. Já o segundo processo ocorre após o SAMU já estar habilitado, mediante a apresentação de documentos, como exemplos o relatório de capacitação permanente dos servidores e a grade de referência atualizada da RUE, possibilitando a alteração de valores de custeio (BRASIL, 2013).

Outro aspecto do SAMU que deve ser ressaltado é em relação ao seu financiamento que demanda articulações intergovernamentais, já que a legislação federal que o regulamenta define que seja compartilhado entre os entes federativos, principalmente no caso dos SAMU de abrangência regional (O'DWYER *et al.*, 2016).

Como característica do serviço, constata-se a dificuldade de incorporá-lo ao restante da Rede, pois, dependendo da localidade, nem sempre os demais componentes estão preparados e têm capacidade de articulação, sendo que “um desafio para a atenção pré-hospitalar às urgências é a sua integração de um lado, com a atenção básica, a ‘porta de entrada’ reguladora do sistema; e de outro, com o hospital, sua ‘porta de saída’” (O'DWYER *et al.*, 2016, p. 2190). Além disso, é possível verificar como alguns aspectos do SAMU precisam ser enfrentados, tais como a capacitação profissional limitada, a precariedade da estrutura da rede assistencial e a falta de alinhamento entre as unidades participantes do atendimento às urgências (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; O'DWYER; MATTOS, 2013).

Diante do que foi exposto nesta seção sobre a organização do SUS e da RUE e também sobre o SAMU, verifica-se a importância da regionalização para a oferta dos serviços de saúde, principalmente levando em conta o princípio do SUS que defende esse processo. Dito isso, a seção a seguir discute melhor sobre essa questão.

### **3.2 Regionalização de serviços de saúde**

Políticas que visam à regionalização de serviços, como no caso da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, precisam ser elaboradas para ordenar estratégias e ações, conciliar interesses, além de unir esforços. Isso é válido sobretudo ao considerar a área da saúde, formada por uma rede diversa e composta por diferentes níveis de complexidade, que apresenta uma grande demanda e presta atendimento a localidades dispersas (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Nessa perspectiva, como abordado anteriormente, a regionalização tem servido como base para a organização política do sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas e essa configuração regional dos serviços requer a formação de arranjos de cooperação e ação coletiva entre os entes federados (SILVA *et al.*, 2020). Como consequência, verifica-se que o arranjo institucional da regionalização é capaz de favorecer a cooperação, de acordo com Menicucci e Marques (2016). Esses autores realizaram uma análise da regionalização ressaltando o sistema federativo, o qual se fundamenta na interdependência e na distribuição de responsabilidades entre

os entes, garante a autonomia deles e favorece a descentralização. Por isso, em certa medida, tal sistema pode ser um desafio para a implementação de políticas regionalizadas, configurando-se em um problema de ação coletiva, já que se estabelece um contexto que demanda mais iniciativas de cooperação interfederativa.

Em síntese, o arranjo institucional desenhado para a regionalização define mecanismos que visam favorecer a cooperação ao especificar as atribuições de cada nível de governo; definir as relações intergovernamentais; criar instrumentos de gestão capazes de garantir a coordenação por parte do plano estadual de governo e constituir arenas federativas para pactuação, que têm efeitos de redução da assimetria informacional entre os atores (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p. 832).

Quanto às relações entre os níveis governamentais, a regionalização, tendo um aspecto cooperativo, foi desenvolvida com o intuito de aprimorar e delimitar entre os entes as responsabilidades administrativas e setoriais da saúde, com atenção às consequências para a saúde local e às necessidades dos cidadãos do território (RIBEIRO, 2015).

Ainda nesse contexto, foram estabelecidos compromissos entre os entes federativos por meio do Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de 2006. De acordo com Brasil (2006) e Ribeiro (2015), esse instrumento, ao tratar da implementação de ações e serviços regionais, define que a regionalização objetiva:

- garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde com abrangência para além do âmbito municipal;
- reduzir desigualdades sociais e territoriais, promovendo a tomada de decisões localmente e de modo regional;
- reordenar e integrar as ações de saúde, a fim de constituir uma rede que propicie acesso universal e integral aos níveis de complexidade do sistema;
- racionalizar os gastos e otimizar os recursos para disponibilizar as ações e serviços de saúde, com vistas a obter ganho de escala; e
- fomentar a descentralização, para que estados e municípios realizem a gestão dos serviços do SUS, de maneira a adequá-los aos contextos locais.

Conforme exposto por Menicucci e Marques (2016), ocorrem diferenças regionais na implementação das políticas e, a fim de entender por que isso acontece,

não se deve examinar somente o desenho institucional. Os autores argumentam que o processo de regionalização depende de o estado exercer a função como coordenador das ações pertencentes ao arcabouço institucional/legal, bem como de ofertar incentivos para a cooperação entre os municípios, o que se apresenta como um aspecto político. Ademais, fatores estruturais das localidades, como a disponibilidade de recursos e a capacidade de oferta de serviços, também interferem na construção de redes regionalizadas e de acordos entre os entes (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Sobre isso, são identificados quatro condicionantes da regionalização de políticas de saúde. Primeiro, as dinâmicas territoriais diversificadas e desigualdades relacionadas a elas. Segundo, as especificidades dos campos de atuação do Estado na saúde e da lógica de organização de suas ações, que podem dificultar a incorporação da dimensão territorial na política. Em terceiro lugar, a variedade de atores envolvidos no financiamento, gestão e oferta de serviços e ações em âmbito regional. Por fim, a falta de correspondência entre a organização territorial que se desenvolve por meio das interações e acordos estabelecidos na prática daquela definida como ferramenta de planejamento e gestão da política de saúde (LIMA, 2015).

Verifica-se, portanto, a relevância de investigar os diferentes fatores que afetam o processo de regionalização, com a finalidade de analisar como se desdobram a coordenação e a cooperação a partir de toda a conjuntura existente. Dessa forma, é viável considerar especificidades locais e abranger recursos e estratégias coerentes para cada caso, realizando ajustes que se mostrarem necessários para o sucesso da execução da política no nível local.

Em adição a isso, pode-se afirmar que a regionalização é benéfica e educativa, no sentido de que colabora para a percepção e sensibilização dos municípios para agirem de maneira cooperativa, assim como é um meio de incentivar o Estado a agir como coordenador, pactuante, regulador e negociador, principalmente no âmbito do federalismo (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Como resultados da regionalização, pode-se apontar que:

a cooperação tende a favorecer, senão todos, mas pelo menos a maioria dos municípios integrantes de uma região, e também o estado – enquanto responsável pelo sistema de saúde estadual –, pois permite a otimização de recursos, a utilização solidária dos recursos dispersos entre municípios e a garantia de rentabilidade para os municípios com capacidade de atendimento. Mas a ação cooperativa não ocorre de forma espontânea e

depende da construção de arranjos institucionais adequados, de coordenação e, em alguma medida, da coerção, de uma terceira parte... (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p. 859).

Percebe-se, portanto, a relevância de induzir a cooperação para demonstrar que o trabalho integrado e colaborativo é vantajoso e consegue produzir melhores resultados. Isso precisa ser feito, conforme defendido por Menicucci e Marques (2016), através de estruturas e desenhos organizacionais que conduzam o processo e a adesão dos atores, podendo ser necessário, inclusive, que se adote medidas impositivas ou intimidativas.

A partir das discussões realizadas sobre como a regionalização se associa a ações coordenativas e cooperativas na área da saúde, levando em consideração também o contexto do federalismo brasileiro, é analisado o arranjo institucional do programa de regionalização do SAMU na próxima seção, com base em algumas normativas.

### **3.3 Arranjo institucional do SAMU Regional de Minas Gerais**

No âmbito do SAMU Regional, o envolvimento dos entes federativos e de suas instituições para viabilizar a implementação do programa é de grande interesse como objeto de estudo sobre cooperação e coordenação, já que o programa apresenta uma estrutura heterogênea e articulada. Pelo fato dele ser um componente do SUS, o qual é um sistema federativo de políticas públicas, justifica-se explorar as interfaces e relações inter e intragovernamentais entre os atores.

Por meio da análise do arranjo institucional, é possível observar também como se definem e articulam agentes, instituições, estratégias, normas e procedimentos, de modo que existem mecanismos de coordenação e cooperação atrelados ao processo de implementação do SAMU Regional, tendo em vista que o desenho do programa indica a necessidade dessas configurações para sua execução. Por isso, a análise desses mecanismos também constitui o escopo deste estudo.

O SAMU 192 Regional é uma política pública do Estado de Minas Gerais que constitui uma das frentes da Política Estadual de Atenção Hospitalar, projeto estratégico do atual governo, sendo, pois, prioritário e de grande interesse governamental. O SAMU 192 Regional é um programa da área da saúde consolidado, uma vez que já foi executado em gestões anteriores e tem tido continuidade ao longo



dos anos, mesmo com as alternâncias dos mandatos políticos (FRAGA, 2021; MINAS GERAIS, 2022)

De acordo com Marques (2011), foi a partir de 2008 que se deu início à implantação da primeira rede integrada de atenção à urgência e emergência em Minas Gerais, e avanços do programa SAMU Regional têm sido registrados desde então, com a expansão do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a um número crescente de municípios mineiros, por meio da adoção do modelo regional do serviço (CÉSAR, 2018).

Com o objetivo de apresentar um panorama do arranjo institucional do SAMU Regional, a seguir é realizada uma descrição a partir da Resolução nº 7.611 da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), de 21 de julho de 2021, que estabelece as diretrizes e regras gerais do Componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado, e da Deliberação nº 3.476 da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), que aprova tais diretrizes. Essas normativas foram instituídas, visando atender a necessidade de formalizar as regras gerais de implantação, execução, monitoramento e financiamento do programa, bem como de sua expansão para todo o território estadual. Vale salientar que, no próximo capítulo, complementam-se as informações sobre o arranjo, a partir de entrevistas acerca do programa.

Primeiramente, a Deliberação CIB-SUS/MG determina que a implantação do SAMU 192 Regional deve observar diretrizes ministeriais, como a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de 2002, que, em resumo, estabelece princípios e diretrizes sobre os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços; e as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 2017, do Ministério da Saúde, que tratam respectivamente da Rede de Atenção às Urgências e do seu financiamento.

Na Resolução nº 7.611/2021 da SES, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é definido como:

[...] o componente assistencial da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo manter uma escuta 24 horas para as urgências, realizando a regulação e prestando a assistência pré-hospitalar móvel e transferência de pacientes graves inter-unidades. (MINAS GERAIS, 2021, p. 2, art. 2º)

No parágrafo primeiro do artigo 2º da Resolução, especifica-se que a assistência pré-hospitalar móvel consiste no atendimento precoce à vítima que tenha sofrido algum agravo à sua saúde, que possa causar sofrimento, seqüela ou morte, requerendo transporte apropriado a um serviço de saúde do SUS. Já nos parágrafos segundo e terceiro do mesmo artigo, define-se a transferência inter-unidades como sendo o transporte entre unidades hospitalares, controladas por centrais de regulação de urgências ou de unidades não-hospitalares para outros estabelecimentos de atenção às urgências.

A respeito da operacionalização do SAMU em Minas Gerais, o artigo 4º da Resolução SES/MG nº 7.611/2021 indica duas possibilidades conforme apresentado na Introdução. Por um lado, há o SAMU 192 Regional, que possui gestão estadual e abrangência macrorregional ou microrregional, caso reúna duas ou mais microrregiões com um somatório populacional superior a 600 mil habitantes, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente. Por outro, já o SAMU 192 Municipal, que possui gestão e abrangência municipais, “[...] podendo eventualmente pactuar com outros municípios mediante acordo entre os gestores, numa iniciativa de regionalização do serviço” (MINAS GERAIS, 2021, p. 8, art. 4º, II).

Com relação ao primeiro tipo, de acordo com o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) de Minas Gerais 2020-2023, o objetivo do programa compreende implantar e manter o SAMU regionalizado no Estado, viabilizando atendimento médico em tempo e local oportuno, por intermédio da assistência na macrorregião de saúde, a fim de assegurar o transporte do paciente para o serviço de referência regional apropriado e, conseqüentemente, melhorar a qualidade assistencial no estado (MINAS GERAIS, 2020). Sendo assim, busca-se ampliar a cobertura do serviço para a população e aprimorar a organização da rede de atendimento para uma articulação mais eficiente entre estado e municípios.

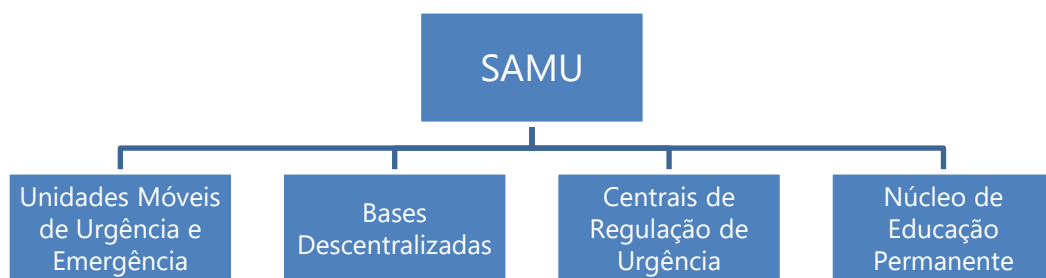
Nesse sentido, para cumprir a premissa tempo-resposta, que consiste na cobertura de 90% da população em no máximo 60 minutos de um ponto de atenção fixo ou móvel, a Resolução SES/MG nº 7.611/2021, em seu artigo 6º, define critérios a respeito da localização, do quantitativo e do tipo de infraestrutura e serviços que devem existir em determinada localidade, a fim de cumprir esse objetivo (MINAS GERAIS, 2021).

Com essa finalidade, no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Estado de Minas Gerais, o SAMU é composto por quatro

elementos. Primeiro, as Unidades Móveis de Urgência e Emergência, como ambulâncias, aeronaves e motolâncias, que servem para o transporte e o atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida, sendo tripuladas por profissionais da saúde. Segundo, as Bases Descentralizadas, infraestrutura para o abrigo e preparação das equipes médicas, assim como para o estacionamento das ambulâncias. Em terceiro lugar, o programa é composto ainda pelas Centrais de Regulação de Urgência, estruturas físicas compostas por equipes médicas que prestam atendimento telefônico para orientação de casos urgentes de risco à saúde (MINAS GERAIS, 2021).

O quarto componente do SAMU é o Núcleo de Educação Permanente (NEP), responsável, em conjunto com os gestores de saúde locais, pela capacitação dos profissionais e das equipes envolvidas na atenção às urgências e emergências da região de abrangência do SAMU 192 Regional. Adicionalmente, atribui-se a esse Núcleo a função de fomentar a capacitação de outros componentes do SUS, como Unidades Básicas de Saúde, unidades hospitalares e não-hospitalares, conforme as necessidades locais identificadas (MINAS GERAIS, 2021). A figura a seguir ilustra esses componentes do SAMU.

Figura 2 – Componentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)



Fonte: Elaboração própria.

A normativa de regulação do SAMU também estabelece algumas funções e responsabilidades aos atores envolvidos com o programa. O desenho assistencial do SAMU 192 cabe às Unidades Regionais de Saúde e à Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência da SES/MG, através da Coordenação dos Serviços Móveis de Urgência (CESMUE). Por sua vez, tal desenho deve ser submetido ao Comitê Gestor da área, aprovado no Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e

Emergência e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS). Já a gestão do SAMU 192 é de competência da Superintendência de Redes de Atenção da SES/MG, de acordo com as diretrizes do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência. Ademais, é estabelecido que o SAMU regionalizado deve ser gerenciado por um ente público regional de natureza jurídica pública (consórcios intermunicipais) ou por um município que possua sede de Central de Regulação de Urgência, em casos que abrangem duas ou mais microrregiões. É determinado também pela Resolução que os municípios devem aderir ao Consórcio Intermunicipal de Saúde e negociar o valor *per capita* a ser repassado ao gerenciador do serviço, para serem atendidos pelo SAMU Regional (MINAS GERAIS, 2021).

Em outra seção, a Resolução define as obrigações e os compromissos dos entes. Entre as responsabilidades da SES, por exemplo, estão: efetuar o repasse regular das contrapartidas estadual e federal, monitorar as ações realizadas pelos consórcios e municípios gerenciadores do serviço, acompanhar os indicadores por meio da análise do Relatório de Acompanhamento de Medição dos Indicadores, verificar a prestação de contas, advertir e aplicar sanções ao constatar irregularidades e realizar estudos assistenciais sobre a implantação e ampliação do SAMU 192 (MINAS GERAIS, 2021).

Com relação aos municípios e secretarias municipais de saúde, cabe a eles: aderir ao programa; negociar os valores *per capita* a serem pagos; assegurar o repasse da contrapartida financeira municipal; participar de atos, eventos, assembleias gerais realizadas pelos gerenciadores do serviço e fiscalizar as atividades relacionadas ao programa SAMU Regional. No caso específico dos municípios sede de bases descentralizadas, é responsabilidade também disponibilizar infraestrutura física para as equipes e ambulâncias, além de garantir o funcionamento adequado da base descentralizada (MINAS GERAIS, 2021).

Por fim, segundo a Resolução, os consórcios intermunicipais e municípios sedes da Central de Regulação de Urgência Regional apresentam como algumas de suas várias funções: operar e manter as unidades e serviços que compõem a estrutura operacional do SAMU; fornecer dados, documentos e informações sobre o serviço prestado; encaminhar mensalmente o Relatório de Acompanhamento de Medição dos Indicadores para a CISMUE e a Unidade Regional de Saúde; realizar atendimento médico pré-hospitalar de urgência; garantir as transferências inter-unidades de pacientes graves no âmbito da região; manter em pleno funcionamento as atividades

do Núcleo de Educação Permanente; encaminhar semestralmente ao Ministério da Saúde o Relatório Descritivo Analítico; e enviar à SES a prestação de contas.

Com a finalidade de realizar a implementação do SAMU Regional, a referida Resolução estabelece que é necessária a celebração de convênio entre a SES/MG e um Consórcio Intermunicipal de Saúde de determinada região ou um município sede de Central de Regulação de Urgência. Por meio desse instrumento, pode-se prever a compra de equipamentos, aquisição de ambulâncias e estruturação da Central de Regulação, que sediará a sede administrativa do SAMU e custeio do serviço por três meses. Ainda sobre essa questão, o parágrafo único do artigo 13 da Resolução SES/MG nº 7.611/2021 detalha:

O custeio do serviço por três meses visa assegurar o início do funcionamento do SAMU 192 até a celebração do Contrato de Programa e Contrato de Prestação de Serviços, sendo necessário que, imediatamente após início das atividades do SAMU 192, a proposta de habilitação e qualificação sejam encaminhadas para o Ministério da Saúde [...] (MINAS GERAIS, 2021, p. 9, art. 13).

O Contrato de Programa é utilizado para atribuir a responsabilidade pela gestão dos serviços do SAMU 192 a determinado ente (como os consórcios intermunicipais). Já o Contrato de Prestação de Serviços tem como propósito viabilizar a oferta de serviços, de maneira que ocorre o financiamento estadual e federal, além de especificar os compromissos entre as partes, a sistemática de monitoramento e as condições gerais para a prestação de serviços (MINAS GERAIS, 2021).

As demais despesas referentes à estrutura administrativa necessária para gerenciar os serviços do SAMU 192 Regional cabem aos gerenciadores do SAMU, seja o consórcio intermunicipal ou o município sede da Central de Regulação de Urgência. Tais despesas se referem às compras, gestão de recursos humanos, assessoria jurídica, contabilidade, patrimônio, logística, controladoria, ouvidoria, entre outras. Essa gestão e o valor dos serviços são especificados por meio do Contrato de Rateio ou Termo de Cooperação, instrumentos formulados e assinados pelos municípios que aderem ao programa (MINAS GERAIS, 2021).

Ainda sobre as despesas, está previsto que o custeio mensal do SAMU Regional é de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados e os Municípios, na seguinte proporção: a União deve arcar com 50%, o Estado com, no mínimo, 25% e o Município com, no máximo, 25%. Somado a isso, o Anexo III da Resolução possui um estudo do custeio do SAMU Regional, elaborado a

partir da verificação da defasagem do financiamento do SAMU, sobretudo em relação ao aporte de recursos federais (MINAS GERAIS, 2021).

Já o Anexo II da Resolução especifica ainda os processos de habilitação, qualificação, ampliação e renovação de frota para o SAMU 192. Nele constam as etapas de cada processo e os atores envolvidos. Para a habilitação e qualificação, é necessário o envio de documentos comprobatórios acerca da implantação e do funcionamento do serviço. Para a ampliação da frota, é preciso discutir o pedido no Comitê Gestor Regional da RUE e ter a aprovação do Grupo Condutor Estadual e da CIB-SUS/MG (MINAS GERAIS, 2021).

Outro ponto abordado na Resolução SES/MG nº 7.611/2021 é sobre a sistemática de monitoramento e avaliação do SAMU Regional. O Anexo IV da Resolução estabelece os indicadores e o fluxo de monitoramento do desempenho da política pública, de maneira que suas metas são pactuadas nos instrumentos de repasse, conforme série histórica apresentada e diretrizes ministeriais (MINAS GERAIS, 2021).

A finalidade dos indicadores e das metas é avaliar a qualidade da assistência prestada e o serviço efetivamente executado, bem como objetiva melhorar a eficiência na alocação de recursos e definir o repasse financeiro. Vale ressaltar que a contrapartida estadual de financiamento do programa é vinculada ao cumprimento das metas determinadas e os indicadores são verificados e acompanhados pela CESMUE, por meio de relatórios mensais enviados pelos gerenciadores do serviço (MINAS GERAIS, 2021).

Há também, segundo a Resolução, os indicadores do Relatório Descritivo Analítico, conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Os resultados desses indicadores devem ser apresentados ao Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e Emergência e o relatório precisa ser enviado semestralmente para o Ministério da Saúde, a fim de manter as propostas de qualificação do SAMU.

Diante dessa descrição, o quadro abaixo resume os principais elementos do arranjo do SAMU Regional identificados a partir da normativa da SES/MG.

Quadro 2 – Síntese sobre os elementos do arranjo institucional do SAMU Regional, de acordo com a Resolução SES/MG nº 7.611/2021

Objetivos	Processos e instrumentos	Atores
São bem definidos e condizentes com outras diretrizes e normativas do SUS e da RUE.	São estabelecidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamento;</li> <li>• Habilitação;</li> <li>• Qualificação;</li> <li>• Monitoramento;</li> <li>• Convênio, contratos.</li> </ul>	SES, Comitê Gestor Regional, Grupo Condutor Estadual, consórcio, União e município. Responsabilidades e compromissos especificados.

Fonte: Elaboração própria.

Verifica-se, portanto, que o arranjo institucional do programa, de acordo com a Resolução SES/MG nº 7.611/2021, é bem definido e completo, primeiramente, por estar em conformidade com outras diretrizes e normas que regulam o SUS e a RUE, o que evidencia que o programa se respalda em outras regras para sua estruturação. Segundamente, os objetivos, atores e entes federativos, assim como suas responsabilidades são delimitados detalhadamente. Relacionado a isso, constatam-se interlocuções necessárias entre os agentes para a implementação do SAMU Regional, sendo estabelecidos o financiamento do programa e alguns processos, como a habilitação, a qualificação e o monitoramento, o qual ocorre por meio de indicadores e metas que contribuem para a atuação dos gestores e o desenvolvimento do programa. Ademais, as normas tratam sobre os instrumentos utilizados, como contratos, termos e convênio. Conclui-se que esses aspectos demonstram uma integração dos elementos do arranjo, tornando-o bem articulado.

## **4 ARRANJO INSTITUCIONAL E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO DO SAMU REGIONAL**

Neste capítulo, objetiva-se tratar sobre o arranjo institucional do SAMU Regional e os mecanismos de coordenação e cooperação que fazem parte da dinâmica de implementação do programa. Essa discussão é feita a partir da análise de dados, obtidos por meio de entrevistas que foram realizadas com servidores públicos que trabalham ou trabalharam com o programa.

Assim, o capítulo apresenta a seguinte estrutura: na primeira seção, explica-se como foi realizado o trabalho de campo para coleta dos dados, por meio das entrevistas; em seguida, descreve-se o arranjo institucional do programa, de acordo com os depoimentos dos entrevistados; posteriormente, relata-se acerca do processo de implementação do SAMU Regional e dos mecanismos de coordenação e cooperação envolvidos, conforme o que foi apurado nas entrevistas; e por fim, é apresentada uma conclusão sobre a análise de dados efetuada.

### **4.1 Sobre o trabalho de campo**

Com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o tema, ter outra fonte de dados e obter informações não contempladas na pesquisa documental, efetuada com base principalmente em normativas do SAMU Regional, realizaram-se seis entrevistas semiestruturadas com servidores ligados ao programa. Foram escolhidos servidores do governo estadual que possuem experiência com o SAMU Regional e que trabalham ou trabalharam no nível central da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES), ou no nível regional, ou em consórcio intermunicipal responsável pela gestão do programa.

As entrevistas foram úteis para entender a operacionalização prática do programa nas regiões de saúde de Minas Gerais e captar as percepções dos servidores sobre o arranjo institucional e os mecanismos de coordenação e cooperação que o constituem. Com a finalidade de abranger diferentes perspectivas e considerando variadas ocupações, a escolha desses entrevistados foi feita com base nas informações sobre o arranjo institucional do programa, obtidas pela pesquisa documental, e através de indicações de servidores da SES que atuam na gestão do SAMU Regional.

O roteiro de entrevista com as perguntas elaboradas aos servidores encontra-se no Apêndice deste trabalho, tendo sido adaptado quando necessário, conforme os



diferentes perfis dos entrevistados, de modo que as perguntas fossem melhor direcionadas. As perguntas feitas visaram captar informações e percepções dos servidores a respeito do desenho do SAMU Regional, como sobre seus objetivos e produtos, além da estrutura do programa, como questões acerca dos atores. Também buscou-se saber sobre os mecanismos de coordenação e cooperação, de modo que se perguntou sobre as etapas do processo de implementação, os desafios e as boas práticas para a regionalização do SAMU. O quadro a seguir reúne dados dos servidores entrevistados para apresentar algumas de suas características, como o nível ou local de atuação e a ligação com o SAMU Regional atualmente.

Quadro 3 – Relação dos entrevistados e alguns de seus dados

<b>Identificação</b>	<b>Nível</b>	<b>Ligação com o SAMU Regional</b>
Entrevistado A	Central	Trabalha atualmente
Entrevistado B	Central	Trabalha atualmente
Entrevistado C	Central	Já trabalhou
Entrevistado D	Central e municipal	Trabalha atualmente
Entrevistado E	Consórcio	Trabalha atualmente
Entrevistado F	Regional	Trabalha atualmente

Fonte: Elaboração própria

Algumas entrevistas ocorreram presencialmente, enquanto outras foram realizadas remotamente, por meio de ferramenta para videoconferências. Todas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, para fins de consulta e análise dos relatos. Posteriormente, os áudios foram transcritos. Com a transcrição, realizaram-se leituras e selecionaram-se trechos que tratavam mais especificamente sobre o arranjo institucional do SAMU Regional e seus mecanismos de coordenação e cooperação. Também foram escolhidos fragmentos das entrevistas que chamaram atenção seja por serem semelhantes e convergentes com falas de outros entrevistados, seja por serem divergentes do que outros relataram.

Diante dessas considerações, nas próximas seções, é feita a descrição e a análise do arranjo institucional do programa SAMU Regional, conforme os relatos obtidos, depois são identificados os mecanismos de coordenação e cooperação pertencentes ao arranjo. Por fim, é apresentada discussão a respeito das possíveis

contribuições desses elementos para a execução do programa, relacionando os achados com as teorias, categorias de análise e normativas abordadas nos capítulos anteriores.

## **4.2 Descrição do arranjo institucional segundo os entrevistados**

Com o intuito de obter uma descrição do arranjo institucional do programa SAMU Regional, foi questionado aos entrevistados sobre alguns elementos que compõem o arranjo e como eles se articulam, tendo como referência o conceito de Pires e Gomide (2014) que considera arranjo institucional a estruturação e organização do objeto, objetivos, produtos, atores e suas interações, permitindo compreender o funcionamento de políticas. Com base nisso, para organizar e analisar as informações coletadas, essa seção é subdividida em três partes: Definição e objetivos; Produtos; e Atores.

### **4.2.1 Definição e objetivos**

Uma das perguntas iniciais feitas aos entrevistados foi referente a como eles definem o programa. Com esse questionamento, buscou-se captar sobre o que se trata o SAMU Regional, de acordo com a percepção deles. No entanto, ao responder, muitos entrevistados mencionaram também os objetivos do SAMU Regional, demonstrando que estes definem o programa.

Nesse sentido, os servidores descreveram sucintamente o serviço móvel, como ele é desempenhado, sua função e a inserção dele na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Eles também ressaltaram os benefícios decorrentes da regionalização do SAMU, como economia de escala e escopo do atendimento, melhoria do tempo resposta, promoção de articulações e integrações, o que aprimora o encaminhamento dos pacientes para um atendimento mais veloz e apropriado. Isso vai ao encontro dos objetivos estabelecidos no Manual Instrutivo da RUE (BRASIL, 2013), mencionado na seção 3.1.

O entrevistado F, por exemplo, define o SAMU como “o primeiro socorro de urgência e emergência, que é tão importante e que conduz a uma porta onde serão prestados os demais atendimentos”. O entrevistado D corrobora com essa percepção:

O SAMU Regional é uma forma de trazer a saúde, a Rede de Urgência, de uma forma mais eficaz, com uma articulação. Eu acredito que é uma economia de recurso público. [...] Se eu tenho uma grade de urgência

pactuada, eu tenho uma central de regulação única, eu consigo fazer a entrada desse paciente de forma mais ágil na porta de entrada onde ele vai ter o suporte adequado. (ENTREVISTADO D)

Além disso, muitos entrevistados, ao caracterizar o programa, comentaram sobre a necessidade do compartilhamento do serviço entre os municípios, dadas as dificuldades de gestão do SAMU, seu elevado custo e a grande responsabilidade de somente um município assumir a operacionalização, sobretudo ao se levar em conta municípios de pequeno porte ou com poucos recursos. Isso evidencia um aspecto de cooperação entre os governos municipais, já que eles precisam agir em conjunto para obter o serviço móvel, o que inclusive é abordado por Menicucci e Marques (2016) como um benefício da regionalização.

Relacionado a isso, o entrevistado A definiu o SAMU Regional como um serviço de transporte e que, pelo seu caráter de urgência e emergência, não faz sentido ter toda sua gestão restrita somente a um município. Segundo ele, para obter ganho de escala e não haver perda financeira com esse serviço, é necessário haver a gestão regional. Observa-se que essas finalidades são indicadas também em Brasil (2006) e Ribeiro (2015).

Nesse sentido, verifica-se que ocorre a divisão de responsabilidade pelo atendimento às urgências entre os municípios de uma região, existindo uma relação de dependência devido à diferença de recursos e infraestrutura que cada um possui, ou seja, as realidades municipais são diversas, inclusive havendo desigualdades, conforme é ilustrado no excerto abaixo:

Municípios pequenos não têm aporte para poder lidar com aquela urgência e emergência, então eles precisam de um município maior que consiga receber esse paciente. Então, o transporte é uma forma de ajudar nesse recebimento dentro do fluxo de alta complexidade. Tem um município da macrorregião que é referência para atender todos aqueles outros municípios que não têm o aporte necessário para a população daquele serviço. E também não faz sentido que seja, pelo preço e pela rotatividade desse tipo de serviço. (ENTREVISTADO A)

A fala do entrevistado E corrobora a importância do compartilhamento do serviço: “A gente tem aqui [na macrorregião] municípios de 3 mil até 120 mil habitantes, então um município pequeno nunca daria conta de garantir um serviço da qualidade que o SAMU Regionalizado traz”. Assim, a despeito de um município de pequeno porte não ter capacidade de atender à situação de urgência por conta própria, com o funcionamento do SAMU regionalizado no território, é possível, por

meio do transporte do paciente, direcioná-lo até um local próximo da região que consiga assisti-lo adequadamente.

Já de acordo com o entrevistado B, no nível da organização em que atua, os gestores encaram o SAMU Regional mais como um serviço do que como uma política, pois eles entendem a política sendo a Rede de Urgência e Emergência (RUE) como um todo, a qual, por sua vez, é composta pelo SAMU e outros serviços. Dessa forma, conforme descrito pelo entrevistado, a RUE é dividida em um componente móvel (o SAMU) e componentes fixos, que incluem, em linhas gerais, os seguintes serviços: Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), portas hospitalares de urgência, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Salas de Estabilização. Segundo ele, o desafio da Rede é estar à disposição de maneira rápida durante 24 horas por dia e 7 dias da semana e o sucesso da atuação dela depende da velocidade da intervenção.

Ao abordar a definição do SAMU Regional, quanto ao atendimento assistencial, pode-se afirmar que o serviço tem o propósito de responder a situações de urgência e emergência de forma tempestiva. O entrevistado B afirma que o objetivo do serviço consiste em: “chegar precocemente à vítima a partir de qualquer agravo da saúde que seja objeto da urgência e emergência, sendo que essas são condições que exigem uma intervenção rápida”. O entrevistado F também trata sobre a importância do SAMU para socorrer e conduzir os pacientes de maneira adequada para a porta de referência.

A inserção do SAMU na Rede é mencionada também pelo entrevistado E, que aponta a sua função de encaminhar para o equipamento de saúde mais recomendado, de acordo com o tipo de urgência, bem como destaca o reconhecimento que esse serviço possui, conforme mencionado no seguinte excerto:

O SAMU é um dos componentes da Rede. É o componente braço da Rede de Urgência e Emergência. A gente funciona meio que como um observatório dos hospitais que estão inseridos, de UPAs que estão inseridas, de clínicas que estão inseridas, que funcionam ou não funcionam e que têm uma vocação para uma determinada área. É o ponto de destaque na Rede. Acho que isso é notório para todo mundo. (ENTREVISTADO E)

De acordo com o entrevistado B, a RUE é entendida como sendo uma política, porque a Secretaria de Estado de Saúde atua a partir da perspectiva regional, baseada na divisão territorial estabelecida no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com o objetivo de otimizar os recursos. O entrevistado E também cita o PDR como o instrumento utilizado pelo Estado de Minas Gerais para a estratégia de desenhar o

alcance territorial do SAMU por macrorregiões e, em alguns casos microrregiões, e de alocar nelas os consórcios gerenciadores para desempenhar o serviço em cada área específica. Por isso, espera-se que cada macrorregião, no âmbito territorial delimitado, consiga resolver as demandas de saúde de sua população, de maneira conjunta e compartilhada entre os municípios que fazem parte do território. Sendo assim, é possível verificar ações de coordenação efetuadas pela SES, que consistem no planejamento e na organização territoriais, demonstrando o papel de coordenador assumido pelo estado, como defende Menicucci e Marques (2016).

Ainda nesse sentido, os entrevistados explicaram que a regionalização do SAMU acompanha a estrutura da Rede, que já é regionalizada, logo o serviço precisa estar em conformidade com a RUE para garantir um funcionamento integrado. Esse argumento é exemplificado na seguinte fala do entrevistado B:

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências já é pensada na lógica regional. A lógica regional antecede a existência do serviço. Como a Rede é regional, a abrangência das centrais de regulação ser correspondente à Rede facilita a atividade. É como se cada macrorregião fosse um microuniverso de atuação do SAMU. (ENTREVISTADO B)

Nesse contexto, para atender a esse formato da Rede de Urgência e Emergência, o entrevistado C discute sobre a mudança da modalidade municipal do SAMU para a regional, considerando que a configuração de média e alta complexidade se desenvolve no âmbito macrorregional.

Quando iniciou essa estratégia do Ministério da Saúde, a gente tinha alguns municípios que eram organizados, principalmente polos de microrregião, por exemplo, Belo Horizonte, Governador Valadares, Poços de Caldas, então eles tinham o SAMU municipal. Só que a estratégia do governo foi justamente de absorver uma região maior e transformar em SAMUs regionais. (ENTREVISTADO C)

De maneira complementar, o entrevistado C relata sobre a necessidade de o serviço móvel coincidir com o caráter regional de estruturação da Rede:

O SAMU Regional vai ao encontro dessa questão da lógica de organização da Rede de Urgência e Emergência como um tudo, porque fica um pouco incoerente você ter um SAMU municipal com um serviço que é macrorregional ou microrregional. (ENTREVISTADO C).

Em suma, o entrevistado C argumenta que a regionalização do serviço é vantajosa, por proporcionar a integração com o restante da RUE, e que sua implantação segue orientações do Ministério da Saúde, a fim de propiciar uma melhor oferta e disposição da Rede.

Como outra definição do SAMU, o entrevistado B o caracteriza como “um serviço complexo que precisa congrega vários interesses e várias frentes em um serviço único”, uma vez que requer que os municípios se reúnam e desenvolvam um meio de executar esse serviço, de maneira que o Ministério da Saúde e o estado concedam suas contrapartidas financeiras. Além disso, considera a grande extensão territorial do estado de Minas Gerais um fator que demanda uma articulação diferenciada para o compartilhamento da responsabilidade pelo SAMU, justificando, pois, a formação dos consórcios intermunicipais de saúde, “uma entidade que consegue ser supramunicipal”, segundo o entrevistado B, a fim de organizar e gerir o serviço.

Já relacionado à gestão, o SAMU Regional é organizado e executado com o intuito de promover a eficiência dos gastos públicos. Para isso, o programa objetiva a economia de escala e de escopo, por meio dos consórcios intermunicipais, de modo a viabilizar a prestação do serviço amplamente e a aproveitar ao máximo os recursos empregados. Isso está em concordância com a explicação de Abrucio, Franzese e Sano (2010), a respeito da união dos entes para atingir um interesse em comum e pode ser constatado nos trechos abaixo das entrevistas:

Os custos fixos do SAMU são altos, então vale a pena garantir que uma unidade desse serviço atenda o maior número de pessoas para poder diluir os custos fixos. Quanto ao escopo, Minas tem muitos municípios de pequeno porte, então faz mais sentido haver uma unidade móvel responsável pelo atendimento de vários municípios, de modo compartilhado, evitando que fique ociosa. (ENTREVISTADO B)

A questão de otimização de recurso, economia de escala e de escopo que a gente sempre fala que o consórcio traz, isso é totalmente evidenciado no consórcio da Rede da Urgência e Emergência. Essa regionalização trouxe um avanço muito grande para a gestão municipal, para o nosso usuário, e a qualidade com que o serviço é prestado hoje para urgência é indiscutivelmente a melhor forma. (ENTREVISTADO E)

A partir disso, depreende-se novamente a presença de elementos de cooperação e coordenação inerentes ao programa, tendo em vista a união dos municípios para a constituição dos consórcios, além da atuação da União e do estado para induzir a implantação do serviço, por meio dos recursos financeiros.

Um dos objetivos do programa elencado pelos entrevistados é o de expandir a cobertura do SAMU a todos os municípios mineiros, independente do seu porte. Dessa maneira, visa-se reunir os municípios adjacentes, que possuem semelhanças territoriais e problemas similares, para formular uma solução em comum e

compartilhada, até mesmo para somar esforços. Sobre essa dificuldade diante da diversidade territorial no estado e sobre a garantia de acesso ao serviço por todos os habitantes, o entrevistado A expôs o seguinte:

Quando a gente analisa o território mineiro, com mais de 50% dos municípios tendo até 10 mil habitantes, são municípios de realidades muito distintas e que hoje a gente não consegue, como nível central, deliberar uma só política para todo mundo ou só um tipo de direcionamento para todo mundo. Então a regionalização vem como uma forma de a gente poder tratar as diversidades de acordo com as suas necessidades. Então, primeiro, a gente tem municípios pequenos que precisam se unir para poder realmente ter um serviço de qualidade e eles, seja pela demanda, seja pela parte técnica, faz sentido se unirem via consórcio... (ENTREVISTADO A)

Somado a isso, o entrevistado D discute que o programa SAMU Regional possibilita aumentar o alcance do serviço, abrangendo inclusive localidades carentes de recursos, para as quais era inviável tê-lo, se fosse custeado individualmente, por causa do valor elevado e de toda a estrutura que o serviço móvel demanda para funcionar.

A gente consegue chegar em municípios em que não se tinha previsão da entrada de SAMU, de forma que fique mais barato para os municípios pequenos e que eles consigam trazer a Rede de Urgência para a população deles. Se ele [município] fosse montar a própria central de regulação, ele não teria como bancar essa estrutura. (ENTREVISTADO D)

Portanto, o governo estadual tem o papel de incentivar essa iniciativa de regionalização do SAMU, conforme defendido por Meniccuci e Marques (2016) em relação à função de coordenador que os estados devem desempenhar. Segundo o entrevistado D, sem ele assumir essa responsabilidade, não haveria ninguém mais que estimularia a expansão e a organização do serviço, evitando a sobrecarga dos municípios polos regionais e garantindo o direcionamento eficaz do paciente na Rede de Urgência.

Conclui-se, pois, que há o reconhecimento, por parte dos entrevistados, da importância da prestação do SAMU de modo regionalizado. Além disso, os seus objetivos são apontados como forma de definir o serviço, ressaltando principalmente que visa dividir o ônus financeiro e as responsabilidades entre os entes, assim como compartilhar a infraestrutura entre os municípios consorciados. A ampliação e a melhoria do atendimento aos agravos à saúde, por meio da resposta rápida e da articulação com o restante dos componentes da RUE, também são pontos destacados.

#### 4.2.2 Produtos

Associados aos objetivos e como parte da política pública, os produtos gerados pelo SAMU Regional também foram objeto de questionamento aos entrevistados, para compreender um pouco mais sobre o arranjo institucional do programa. Todos os servidores apresentaram como resposta o entendimento de entrega, no sentido do resultado obtido com a prestação do serviço aos cidadãos. Nessa perspectiva e em consonância com os objetivos indicados previamente, os entrevistados elencaram como produtos: o atendimento rápido, em tempo oportuno, a orientação médica via telefone sobre a conduta do usuário diante de um agravo de saúde, além do acesso organizado a uma porta de urgência adequada. Isso pode ser constatado, por exemplo, nas transcrições abaixo:

A maior entrega que eu percebo é garantir um determinado tempo para essa assistência e levar o paciente para a porta certa. Sem dúvida, a gente é focado na questão do tempo da resposta. Então é você socorrer um paciente da urgência num tempo correto e levá-lo para uma porta certa, porque antigamente não tinha isso. Antigamente era uma ambulância sanitária que pegava o paciente e levava o paciente para uma porta mais perto. (ENTREVISTADO E)

Ele [SAMU Regional] está entregando esse atendimento oportuno na ocorrência. Ele entrega que cada paciente seja direcionado, facilite esse acesso a uma porta de urgência. O tempo-resposta, atendimento adequado em tempo oportuno têm um impacto tanto na mortalidade quanto na morbidade, além de outros indicadores da saúde. (ENTREVISTADO F)

Adicionalmente, os entrevistados B e C mencionaram o Núcleo de Educação Permanente (NEP) como um dos produtos do SAMU Regional. Segundo o entrevistado B, os NEPs são organizados pelos consórcios intermunicipais para promover a capacitação dos profissionais do SAMU. Esses núcleos foram concebidos para suprir a exigência do Ministério da Saúde de ações de educação continuada no serviço móvel (BRASIL, 2002). De acordo com esse servidor, há uma proatividade por parte dos consórcios em ofertar as atividades ligadas aos NEPs. Esses núcleos têm uma ampla atuação na Rede de Urgência como um todo, pois existe o entendimento dos consórcios e dos profissionais do SAMU que uma rede bem preparada e articulada é positiva para o trabalho deles. Referente a isso, o entrevistado C comenta:

Os consórcios de Minas Gerais têm um outro papel relevante na Rede de Urgência e Emergência, que é a questão da educação permanente. Vários deles fazem parceria com universidades, com hospitais locais e entregam para a população esse serviço adicional, que é a educação em saúde, seja para os próprios profissionais de saúde, em questão de capacitação, seja para a população em si, por meio do projeto Samuzinho, por exemplo, que é



feito com crianças alertando sobre os problemas e os riscos que existem em relação aos trotes. (ENTREVISTADO C)

Por fim, o entrevistado F foi o único que citou, como produtos do programa, os equipamentos e estruturas físicas, por exemplo, as ambulâncias (unidades móveis) e as bases descentralizadas, os quais são gerenciados pelos consórcios intermunicipais das macrorregiões de saúde.

Temos as bases descentralizadas, que é onde ficam as ambulâncias, que ficam nos pontos elencados pela Rede. Nós temos as USBs (Unidades de Suporte Básico), que tem um socorrista e o técnico e nós temos as USAs (Unidades de Suporte Avançado). Um dos componentes é a base, que está centralizada em algumas cidades, mas que faz a cobertura de todo o território. Existe uma central única de regulação, que fica no polo de microrregião. Todas as chamadas do 192 são concentradas nessa central, que descentraliza e faz a gestão de toda a frota. (ENTREVISTADO F)

Sendo assim, percebe-se que são identificados como produtos ou entregas do SAMU Regional, segundo os relatos dos entrevistados, tanto os resultados das atividades do programa e da oferta do serviço implantado, estando em conformidade com os objetivos propostos, como toda a infraestrutura instalada e disponibilizada para proporcionar o atendimento do SAMU.

#### **4.2.3 Atores**

Um outro elemento que constitui o arranjo institucional são os atores, uma vez que são eles que desenvolvem a política pública e conduzem sua execução. Por isso, é importante identificá-los, além de reconhecer suas funções e as interações existentes.

A partir das entrevistas, foi possível definir os seguintes atores envolvidos no contexto da implantação do SAMU Regional: i) a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), abrangendo tanto o seu nível central quanto o nível regional; ii) os consórcios intermunicipais (que representam os municípios); iii) o Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e Emergência; iv) os Comitês Gestores Regionais de Urgência e Emergência; e, v) o Ministério da Saúde.

Em relação à SES, em particular, são mencionados os seguintes setores que atuam na implementação do programa e que são analisados adiante: i) Coordenação Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência; ii) Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos (ambas pertencentes ao nível central da Secretaria); e iii) Unidades Regionais de Saúde (que pertencem ao nível regional).

Inicialmente tratando da SES, mais especificamente sobre o nível central dela, os entrevistados, em geral, indicaram principalmente a responsabilidade desse ator de disponibilizar os recursos financeiros necessários para a implantação dos SAMUs Regionais. A esse respeito, o entrevistado B disse:

No nível central, o papel da SES pode ser bem resumido em viabilizar o repasse de recurso financeiro, viabilizar que o dinheiro suficiente para a implantação ocorra, todos os investimentos necessários cheguem para o responsável por essa implantação, que no caso é o consórcio ou pode ser um município também, no caso de alguns formatos mais novos que a gente tem elaborado. Mas o principal é o via consórcio. (ENTREVISTADO B)

Em relação ao repasse de recursos, o entrevistado C explica, no trecho abaixo, um pouco mais sobre como é a divisão feita, de modo que cada ente federativo contribui para a operação do programa, por meio de repasses financeiros. Ele também pontua brevemente algumas outras funções realizadas pela SES quanto à gestão do SAMU Regional, como a definição de normas e do modelo de monitoramento.

As diretrizes assistenciais, a forma de monitoramento, o pagamento pela contraprestação do serviço é de responsabilidade do estado. [...] O estado atualmente repassa a sua contrapartida e a contrapartida federal, e os municípios possuem um instrumento que é o *per capita*, que eles definem por eles mesmos. Os municípios repassam esse recurso diretamente para os consórcios intermunicipais. Mas a gestão da política em si é do estado. (ENTREVISTADO C)

Associado a isso, o entrevistado E destaca a relevância da atuação do estado referente ao custo de implantação do SAMU e de apoio para que o programa seja executado, pois se dispõe a arcar com um percentual significativo de recursos, inclusive compensando o que a União deixa de pagar. Isso pode ser verificado no excerto a seguir da entrevista:

O Estado de Minas é protagonista na questão do recurso financeiro ao SAMU. Merece o nosso reconhecimento. O governo federal estipula uma portaria que define um repasse de no mínimo 50%. Para mim ele repassa hoje 34% para o custo que é o SAMU. Então quem banca essa diferença é o estado. O estado muito sensível a isso banca essa diferença. Em termos de nível central, a gente encontra muito apoio na questão financeira. (ENTREVISTADO E)

De maneira complementar, o entrevistado A avalia que a SES apresenta uma participação extensa, no sentido de envolver vários setores e níveis da organização, o que se justifica pelo fato da política pública de regionalização do SAMU ser de sua competência.

A coordenação vai articular o programa, mas existe o plano de trabalho que precisa ser aprovado pelas mais diversas áreas da Secretaria. A participação

da SES é uma das primordiais, porque, afinal de contas, a gente que tá fazendo a política, é a detentora da política. (ENTREVISTADO A)

Ainda sobre o nível central da SES, um setor que merece uma maior atenção é a Coordenação Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência (CESMUE). De acordo com o entrevistado C, mediante o objetivo do atual governo de expansão dos SAMUs Regionais para todo o estado de Minas Gerais, tornando-o um projeto estratégico, constatou-se a necessidade de criar essa coordenação em 2019. Anteriormente, a gestão do SAMU pela SES estava incorporada à Coordenação de Urgência e Emergência de uma forma geral, que apresentava um escopo de atuação mais abrangente, visto que gerenciava todos os componentes da Rede de Urgência de responsabilidade do estado. Dessa forma, foi criada a CESMUE, uma coordenação específica para tratar sobre o componente móvel da Rede e estar diretamente envolvida no processo de implantação e monitoramento dos SAMUs Regionais.

Ainda segundo o entrevistado C, a política de regionalização do SAMU no estado é antiga, porém muitas tentativas de implantação nas macrorregiões não foram bem-sucedidas e não conseguiram ser concluídas no passado. Por causa disso, após ser instituída, a CESMUE precisou revisar o desenho assistencial do programa, do que havia sido criado anteriormente, entre 2012 e 2014, para avaliar, por exemplo, a melhor localização das bases descentralizadas e a quantidade de veículos (USA e USB) nessas bases descentralizadas.

A Coordenação tem o papel também de realizar o processo de articulação com o território para aprovação desse desenho assistencial, definir o escopo do convênio de implantação do SAMU e formalizar os contratos, conforme explicado pelo entrevistado C. Portanto, observa-se que a CESMUE tem uma função mais operacional do programa.

Mais detalhadamente, o entrevistado B comentou que a Coordenação é responsável por iniciar o processo de implantação do SAMU Regional. Ela redige os documentos técnicos sobre as propostas para implementar o SAMU e realiza reuniões iniciais com as Unidades Regionais de Saúde e com os prestadores do serviço, os consórcios ou municípios, a fim de apresentar a Rede de Urgência e Emergência e a organização do serviço. Ademais, elabora instrumentos normativos para submeter à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); efetua a gestão contratual com os consórcios; e contata o Ministério da Saúde para habilitar o SAMU Regional implantado (que consiste em informar que o serviço está em funcionamento e solicitar

recursos de custeio) e para qualificá-lo (o que implica comprovar todos os requisitos de qualificação, por meio do envio de relatórios de produção). O trecho a seguir relata um pouco dessas funções da CESMUE:

Apresenta a política, a organização do serviço para a regional e para o prestador, geralmente no início, por reuniões. Posteriormente, são redigidos ofícios e outros documentos, formalizando as propostas para gerenciamento do serviço. É feita a sistematização de como será a estrutura de custeio, quais os valores serão praticados, bem como a apresentação dos fluxos necessários para que a implantação se concretize. Após o alinhamento, há a produção de instrumentos normativos para apresentação na CIB, a parte formal para que o processo esteja todo instruído da maneira adequada para ser levada aos grupos colegiados do Estado. (ENTREVISTADO B)

Somado a isso, de acordo com o entrevistado C, a Coordenação oferece um suporte aos atores dos territórios, por exemplo, ao sanar suas dúvidas a respeito da organização da Rede de Urgência e da execução do SAMU Regional. O entrevistado afirma que ela atua mais especificamente no sentido de:

Contribuir na elaboração do convênio, fazendo pesquisa de preço de ambulância, de itens indispensáveis para a execução daquele serviço. Então tem todo um processo antes da celebração do convênio, tem que chegar no valor para fazer todo esse desenho dos itens necessários. Se a proponente do convênio, que no caso é o consórcio, está esquecendo algum item ou sobrestimando algum outro item, então todo esse processo é realizado pela Coordenação. (ENTREVISTADO C)

Nesse sentido, sobre a relação da Coordenação com demais atores, o entrevistado F relatou acerca do processo de implantação do programa na macrorregião de saúde em que trabalha. Ele comentou que foi necessário revisar o estudo técnico do desenho assistencial apresentado pelo nível central, porque não atendia à realidade da região. Diante disso, segundo o servidor, a CESMUE teve um papel fundamental para que o estudo fosse refeito e que o resultado fosse satisfatório.

Ademais, ele afirmou o seguinte a respeito da interlocução da Coordenação com o consórcio para regionalizar o SAMU na macrorregião: “Teve um momento que eles [CESMUE] lidaram muito diretamente com o consórcio. Então o consórcio mandou todo o detalhamento financeiro, essa parte de contrato. Fazer essa ponte de contato, de transferência do dinheiro, tudo a Coordenação fez” (ENTREVISTADO F).

Enquanto o Gabinete da SES, no início do processo de implantação do SAMU Regional, comanda um alinhamento político junto aos prefeitos e gestores municipais, a CESMUE se responsabiliza pelas questões técnicas. Quanto a isso, o entrevistado A definiu que: “a atuação da Coordenação é realmente de analisar o plano de trabalho, analisar o repasse. Ela quem vai constituir a política. É o operacional de toda essa

deliberação política entre o município, o estado e também a União”. Logo, percebe-se que ela desempenha o papel de colocar em prática o que é decidido no âmbito político, conforme os parâmetros técnicos, e de operacionalizar os elementos do programa, mobilizando os demais atores, levantando recursos, elaborando instrumentos, orientando procedimentos etc.

Outro setor do nível central da SES mencionado nas entrevistas foi a Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos. Esse setor, assim como a CESHUE, foi instituído em 2019 pela atual gestão estadual, com o objetivo de facilitar o diálogo entre a SES e os consórcios de saúde, sendo uma referência para estes.

O entrevistado A afirmou que a maior dificuldade que a SES tem, como um todo, é a comunicação, já que o território mineiro é muito extenso. Por causa disso, tanto o nível central quando o regional não consegue se comunicar de forma direta com todos os municípios, a fim de entender as necessidades locais. O entrevistado reconhece que as regionais fazem esse trabalho, porém, ainda assim, é desafiador, dada a grande quantidade de municípios em algumas macrorregiões. Portanto, a comunicação com o território nem sempre é assertiva.

Desse modo, a Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos foi criada para atuar no sentido de fomentar a articulação do território com a SES. No entanto, o entrevistado A avalia que a interação da CESHUE com a Diretoria é mediana e que deveria ser mais integrada, pois a Diretoria poderia contribuir com sua *expertise* sobre organização de consórcios, para o trabalho da Coordenação, sobretudo na etapa de implementação do SAMU Regional.

Sendo assim, quanto aos setores do nível central da SES, contata-se que a CESHUE apresenta uma função operacional e é responsável por aspectos técnicos do programa, como a elaboração do desenho assistencial e de instrumentos para formalizar o processo de implantação. Além disso, a Coordenação garante a disponibilidade de recursos financeiros e realiza a interlocução com as Unidades Regionais e os consórcios intermunicipais. Já a Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos é uma referência para os consórcios, de forma que atua para dar suporte a eles e aproximá-los da SES.

Quanto ao nível regional da SES, foi verificado que ele tem o papel de entender no território algumas particularidades que o nível central não tem conhecimento e de repassar essas informações, agregando ao trabalho da Secretaria. O nível regional é

o “braço [da SES] perto do prestador”, segundo o entrevistado A, por ter essa visão próxima da realidade local e da execução da política pública mais na ponta.

As Unidades Regionais de Saúde (URS), de acordo com o entrevistado B, mantêm contato com os gestores dos municípios para garantir a interlocução e o entendimento sobre o programa, assim como precisa ter sensibilidade às características e aos problemas da região, a fim de apresentá-los ao nível central, caso haja necessidade de adaptações a determinados contextos.

As Regionais de Saúde são grandes parceiros nossos nesse processo de implantação. Porque, pelo menos aqui no nível central, nós não temos a prática de conversar com o município. Normalmente todo o diálogo com os municípios, quando é necessário, é acompanhado pela Regional de Saúde [...]. A articulação no território com os municípios, a questão de a quem eles vão procurar caso tenham alguma dúvida e quem vai procurá-los para provocar com relação aos próximos passos, fica tudo na regional. (ENTREVISTADO B)

O entrevistado F também ressalta o papel das Unidades Regionais de articulador territorial e, com um pouco mais de detalhamento, comenta, na passagem abaixo, a respeito das atividades desenvolvidas por elas, sendo responsáveis por

[...] dar subsídio técnico para a organização das bases; fazer essa articulação com a vigilância sanitária, para a vistoria das bases descentralizadas; elaborar a grade de referência do SAMU regional. Essa articulação também com o consórcio intermunicipal. Então toda essa articulação entre os atores envolvidos é feita pela Unidade Regional de Saúde. (ENTREVISTADO F)

Todavia, o entrevistado C apresentou uma percepção divergente sobre a participação das Unidades Regionais, pois alegou que elas não atuam na articulação territorial, conforme defendido pelos outros entrevistados.

Atualmente as regionais são pouco atuantes nesse processo [de implantação do SAMU Regional]. É um processo que, devido à complexidade, a opção foi, de fato, centralizar no nível central. Então as regionais contribuem nas discussões. Mas, de fato, toda a articulação territorial é feita pela Coordenação e Diretoria [Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência]. Mas esse não é o melhor modelo, a gente reconhece. (ENTREVISTADO C)

Segundo explicação do entrevistado C, o dirigente regional é quem atua mais pela URS. Ele faz a articulação política junto com o Gabinete da SES. Já quanto à implantação, o alto escalão optou por centralizar o processo, porque o SAMU Regional foi considerado um projeto estratégico desse governo, então precisava ter uma linha de comando bem definida, considerando os prazos e metas que precisam ser cumpridos. Isso pode ir ao encontro de uma gestão *top-down* (de cima para baixo) do programa, que estabelece que as decisões sobre as políticas partem do topo da

estrutura institucional. Essa característica está associada também à ideia de coordenação intragovernamental (SOUZA, 2018), uma vez que, nesse formato, o nível central da SES tem maior controle e tomada de decisão, colocando-se em uma posição hierárquica superior ao nível regional da mesma organização.

Entretanto, vale ponderar que existe uma aparente contraposição quanto à centralidade da implementação do SAMU Regional, pois verifica-se, por um lado, a centralização da gestão do programa, porém percebe-se a descentralização da execução do serviço no nível regional ao delegar esse papel aos consórcios, reduzindo a atuação da URS.

Outro motivo que explicaria essa diminuição da função das URS, de acordo com o entrevistado C, são problemas referentes aos recursos humanos e à infraestrutura delas, que dificultam assumir o papel de articulador.

Porém, como já foi apresentado por outros entrevistados, inclusive um deles sendo servidor de uma Unidade Regional, a intermediação por parte das URS parece ser fundamental para a ação do estado na implantação do SAMU, a fim de conseguir estabelecer um bom diálogo com os municípios. Somado a isso, por meio das entrevistas, a impressão é que a articulação no território parece ser uma atividade costumeira das regionais. Inclusive, o trecho dito pelo entrevistado C: “as regionais contribuem nas discussões”, dá a entender que as URS participam, sim, da articulação. Talvez o que pode explicar essas percepções divergentes é que as Unidades Regionais tenham perdido o protagonismo dessa função e passaram a apenas acompanhar a atuação do nível central nessa etapa de articulação do SAMU.

Além da SES, um ator muito mencionado pelos entrevistados, por se destacar na implantação do SAMU Regional nos territórios, são os consórcios intermunicipais de saúde. Esse ator é uma forma de organização dos municípios para prestar o serviço, sendo uma representação municipal, conforme definido pelo entrevistado A.

Vale apontar a seguinte distinção: enquanto a SES, principalmente o nível central, tem a função de gerenciar a política pública de regionalização do SAMU nas macrorregiões, a gestão do serviço em cada território fica a cargo dos consórcios. Toda a parte operacional do serviço é concentrada no consórcio gerenciador, que recebe os recursos financeiros por meio do repasse feito pelos municípios, estado e União.

De acordo com o entrevistado B, a parte operacional do SAMU, que é realizada pelos consórcios, inclui a contratação de pessoal, gestão de veículo, gestão de

unidades móveis, manutenção preventiva e corretiva, manutenção da central de regulação em funcionamento, oferta de treinamentos e aquisição de insumos. Relacionado a esse gerenciamento dos consórcios, a SES atua em termos de acompanhamento da execução do serviço e de prestação de contas, no sentido de assegurar o cumprimento do convênio de implantação, celebrado entre a SES e o consórcio.

Segundo o entrevistado C, os consórcios intermunicipais também acompanham o envio da proposta de definição do valor *per capita* para as Câmaras Municipais e elaboram o contrato junto aos municípios para definição do rateio, ou seja, o valor que cada município terá que contribuir para o custeio do SAMU. Assim, verifica-se que a adesão dos municípios ao programa SAMU Regional é conduzida localmente sobretudo pelos consórcios, que efetuam os processos burocráticos e administrativos.

Vale ainda mencionar sucintamente acerca da estrutura organizacional dos consórcios, que demonstra o envolvimento dos municípios diretamente na atuação desse ator, já que tal estrutura é composta pelos prefeitos, os quais integram o Conselho Diretor e o Conselho Fiscal dos consórcios, de acordo com o entrevistado E. Os secretários municipais de saúde participam das discussões técnicas feitas no âmbito dos consórcios, por meio do Conselho Técnico, e elaboram, junto com as Unidades Regionais, as grades de referência, segundo relato do entrevistado F.

Sobre o processo de implantação do programa, no modelo regional via consórcio, o entrevistado B explica que normalmente os municípios da macrorregião se organizam para constituir o consórcio antes mesmo de iniciar esse processo. Pode acontecer de, a partir do movimento do estado, que indica que cumprirá com a sua parte para a implementação do serviço na região e para o financiamento, os municípios já se mobilizam, por conta própria, para fundar um consórcio. A seguir, foi transcrita uma passagem da entrevista que trata sobre isso e também sobre como ocorrem as interações da SES com os cargos internos do consórcio, com foco no momento de implantação.

Quando a gente [SES] inicia a implantação, o consórcio já está criado. Mas às vezes a gente provoca e sinaliza que já pode ser criado o consórcio. Para a implantação, o primeiro momento é conversar com esse consórcio criado. Normalmente ele tem um representante formal, que é o secretário executivo, que é quem cuida da parte operacional do consórcio. Tem a figura do presidente do consórcio também, que geralmente é o prefeito. Ele cuida da



parte mais política, com a interface da Secretaria de Estado. Na área técnica, a interface é mais com o secretário executivo. (ENTREVISTADO B)

Ainda segundo o entrevistado B, os consórcios são responsáveis por organizar os instrumentos jurídicos que viabilizam a implantação do SAMU Regional, quais sejam: o protocolo de intenções, documento que formaliza a instituição do consórcio, no qual todos os municípios da região são signatários; e o contrato de rateio, por meio do qual os municípios fazem a transferência financeira da sua contrapartida de custeio para o consórcio.

No contexto do programa SAMU Regional, é possível observar o estabelecimento de uma relação de parceria entre a SES e os consórcios, de acordo com o entrevistado A. Sobre isso, conforme exposto no excerto abaixo, esse servidor argumentou que, por meio de um contrato, a SES transfere a responsabilidade da prestação do serviço para o consórcio, o que contribui para a execução do SAMU, uma vez que este ente está mais próximo da ponta, do cidadão, comparado à Secretaria de Estado.

O SAMU é uma ótima iniciativa de vê-lo como um parceiro, a gente [SES] pode usá-lo para um meio do qual a gente não consegue ofertar de forma unitária, no sentido de que só o estado ofertando é muito difícil. A gente consegue, dessa forma, ter uma representação que é muito mais fácil ofertar esse serviço. (ENTREVISTADO A)

Arelado à atuação da SES e dos consórcios, um terceiro ator é o Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e Emergência, que é composto por áreas técnicas do estado. Segundo o entrevistado C, participam desse grupo representantes municipais, como gestores, secretários municipais de saúde, membros do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), além de médicos e consultores técnicos.

O Grupo Condutor é definido como uma instância colegiada de caráter deliberativo, o qual possibilita a discussão e a construção de projetos e procedimentos da Rede, de acordo com o que foi relatado pelo entrevistado B. Sendo assim, deliberações e notas técnicas elaboradas pela SES podem ser levadas para apreciação do Grupo Condutor, caso avaliem ser necessário, havendo uma discricionariedade nessa decisão. Geralmente, segundo o entrevistado B, são os assuntos mais polêmicos que são incluídos nas pautas das reuniões do Grupo. Ele cita, por exemplo, a proposta do nível central de mudança na metodologia de monitoramento do SAMU, que envolve repasse financeiro e toda a logística mensal

de como o consórcio tem que apresentar o serviço que foi prestado. Esse servidor salienta que para o nível central “o que é mais importante desse Grupo é que é um fórum de discussão, de validação das propostas. É mais uma forma de refinar a proposta e evitar que saia com algum furo” (ENTREVISTADO B). Observa-se, portanto, que o Grupo é positivo para o trabalho da SES por ser uma espécie de suporte sobre questões controversas e por ser um espaço para ratificar ou não processos e condutas.

De maneira complementar, o entrevistado D mencionou que o Ministério da Saúde determina a criação da Rede de Urgência e Emergência e, como parte dela, exige que haja o Grupo Condutor Estadual atuante. Nesse contexto, há algumas propostas encaminhadas pela SES ao Ministério, que se requer a apresentação de ata da reunião do Grupo Condutor em que elas foram debatidas, comprovando que houve a discussão sobre o tema.

De modo semelhante, existem os Comitês Gestores Regionais de Urgência e Emergência, quarto ator mapeado, que também têm participação na implantação do SAMU Regional. Segundo o entrevistado B, o papel e a composição desses comitês podem ser comparados aos do Grupo Condutor, entretanto os comitês possuem sua atuação limitada e vinculada à macrorregião a que pertencem. Nesse sentido, o entrevistado afirma que: “Dá para fazer um grande paralelo entre como se dá a atuação de cada um, mas o escopo é diferente. Nos comitês a gente tem discussões muito mais pormenorizadas sobre o território”.

Os comitês são conduzidos pelas Unidades Regionais e presididos por servidores delas, assim como são compostos pelo COSEMS, consórcios, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Defesa Civil. De acordo com o entrevistado E, esses atores se reúnem geralmente de dois em dois meses para a discussão de pautas pertinentes à urgência e emergência que a URS considera necessárias que os integrantes avaliem. Ademais, o Comitê é responsável por deliberar e monitorar todo o fluxo da urgência.

O quinto ator que apresenta envolvimento com a implantação do SAMU Regional é o Ministério da Saúde. Todavia, a partir das entrevistas, depreende-se que o envolvimento dele acontece em menor grau em comparação aos atores mencionados anteriormente. A avaliação do entrevistado B, por exemplo, é de que a atuação do Ministério é pontual e pouco protagonista, estando distante da execução do programa. Esse servidor afirmou que basicamente a interação entre a SES e o

Ministério é para pedir custeio do SAMU, não havendo um diálogo para conceber como o serviço vai ser operacionalizado.

A comunicação com o Ministério da Saúde é bem protocolar, via sistema. A gente [SES] não tem o apoio do Ministério para pensar formas de executar. Por exemplo, a gente está tentando pensar em formas de gerenciar esse serviço, não é com o Ministério que a gente vai conseguir esclarecimentos quanto a isso. (ENTREVISTADO B)

Adicionalmente, o entrevistado C pontuou dois momentos do processo de implantação do SAMU Regional em que o Ministério da Saúde é inserido. O primeiro momento é o da habilitação da proposta em si, para sua aprovação, o que requer uma série de documentações demonstrando que o consórcio e o desenho assistencial foram estabelecidos. Posteriormente à habilitação, a SES celebra o convênio para implantação e logo que os equipamentos de saúde do SAMU estão em funcionamento, é inserida uma nova proposta, desta vez para cofinanciamento do serviço de urgência, a qual é avaliada pelo Ministério da Saúde.

A despeito desse distanciamento e da restrita atuação do Ministério, vale ressaltar que ele apresenta uma força muito grande no sentido normativo, segundo o entrevistado B, tendo em vista que a Rede de Urgência e Emergência possui um regulamento técnico bastante completo, aprovado pela Portaria 2.048/2002 do Ministério. De acordo com o entrevistado, essa normativa é importante, pois serve para orientar o trabalho dos gestores estaduais do SAMU.

Ele [Ministério da Saúde] tem esse papel muito forte de definir o regulamento técnico de todo o serviço, que fala qual o quantitativo de profissionais que tem que ter na central de regulação, quais os profissionais que têm que tripular as unidades móveis, quais os equipamentos mínimos e obrigatórios. É nisso que a gente [SES] se respalda para poder conduzir a nossa atuação e exigir dos nossos prestadores o cumprimento. Ele tem esse papel regulamentar em geral. (ENTREVISTADO B)

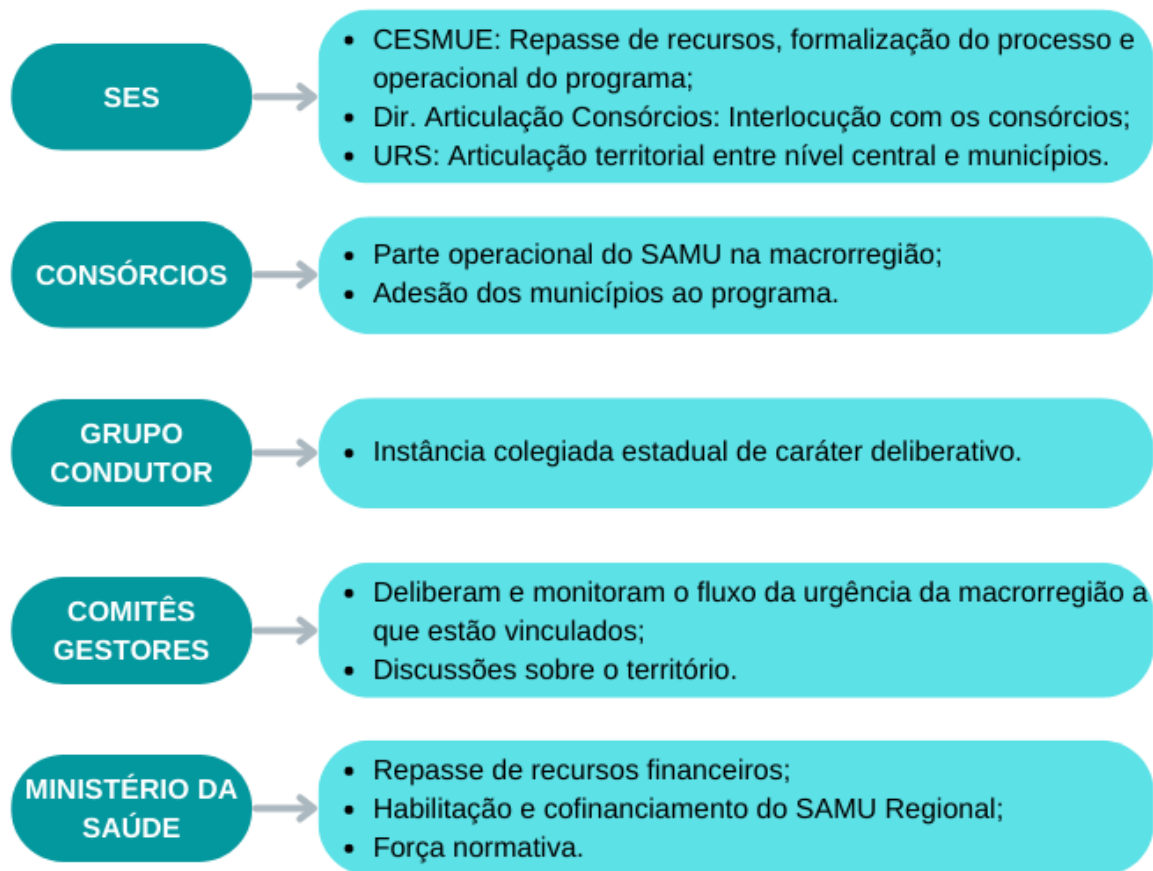
Nesse sentido, na visão do entrevistado D, o Ministério da Saúde está ausente em relação ao modelo assistencial que existe atualmente. Para esse servidor, é preciso repensar a Rede de Urgência e também o modelo assistencial, pois afirma ser o mesmo desde 2002, ano em que a Portaria 2.048 foi publicada, não havendo nenhuma alteração.

Eu acho que a gente [servidores da saúde] está com um modelo assistencial que não é mais adequado para o perfil de população que a gente tem. [...] É necessário fazer um diagnóstico disso e repensar se esse modelo está adequado para as necessidades atuais da população. Se esse modelo precisa de alteração, se precisa de alguma medida que torne ele mais acessível para a população. (ENTREVISTADO D)

Assim, conforme pode ser verificado na passagem acima, o entrevistado propõe uma revisão e atualização da RUE e do modelo assistencial, a fim de atender melhor às necessidades atuais da população.

A figura a seguir retoma brevemente os atores mapeados nesta seção e resume as principais funções desempenhadas por cada um.

Figura 3 – Atores envolvidos na implementação do SAMU Regional e suas principais funções



Fonte: Elaboração própria.

Já o quadro a seguir, a fim de sintetizar o que foi apresentado anteriormente, reúne as principais características dos elementos do arranjo institucional da implementação do programa. Conforme a classificação de Lotta e Vaz (2015), o arranjo pode ser classificado como um arranjo federativo, pois envolve níveis de governo distintos. É possível concluir também que o arranjo do SAMU Regional é bem articulado e forte, uma vez que existe a integração entre seus elementos, de forma que se verifica uma coerência, viabilizando um bom funcionamento do programa de maneira geral. Isso pode ser atribuído a: interlocução positiva e colaborativa entre os

atores; alinhamento e padronização dos procedimentos; objetivos bem definidos e reconhecidos; funções e responsabilidades dos atores delimitadas; CESMUE como ponto de referência para gestão do programa; produtos atenderem aos objetivos propostos; e atendimento às normativas estabelecidas e às diretrizes da Rede. Além disso, observa-se que o arranjo institucional prescrito na Resolução SES/MG nº 7.611/2021 corresponde ao percebido e relatado pelos entrevistados, o que demonstra o cumprimento na prática do que é estabelecido normativamente e a força das regras legais para a concepção e o funcionamento do programa.

Quadro 4 – Síntese sobre a descrição dos elementos do arranjo institucional do SAMU Regional percebido pelos entrevistados

<b>Definição e objetivos</b>	<b>Produtos</b>	<b>Atores</b>
Compartilhamento do serviço entre os municípios e expansão do atendimento; resposta a situações de urgência e emergência de forma tempestiva; economia de escala e escopo do atendimento; otimização dos recursos; melhoria do tempo resposta; e encaminhamento para as portas de referência.	Alinhados aos objetivos do programa. Atendimento rápido e em tempo oportuno; orientação médica via telefone; acesso à porta de urgência adequada; Núcleo de Educação Permanente; equipamentos e estruturas físicas, como ambulâncias e bases descentralizadas.	Realizam repasses financeiros; promovem articulações entre eles; operacionalizam o serviço nos territórios; deliberam sobre as decisões e processos; e atuam com base em normativas.

Fonte: Elaboração própria.

Essa seção apresentou um panorama sobre o arranjo institucional do programa SAMU Regional, elencando a sua definição, objetivos, produtos e atores, de acordo com as opiniões e percepções dos entrevistados. Em síntese, percebe-se que a dinâmica do programa requer uma série de articulações entre os atores, por exemplo, por meio de reuniões, apresentações do serviço e do programa, prestação de contas, de modo que as relações são integradas e colaborativas, conforme a função e a instância em que atua. Evidencia-se também a necessidade de organizar os processos, para que sejam bem definidos, tenham os devidos encaminhamentos para os setores e estejam de acordo com os preceitos da Rede de Urgência e Emergência, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos pelo Estado.

### **4.3 Implementação do SAMU Regional e mecanismos de coordenação e cooperação**

A partir do que foi discutido anteriormente sobre a estrutura do SAMU Regional, esta seção visa abordar como ocorre o processo de implementação do programa nas macrorregiões de saúde do estado, inclusive elucidando a forma de adesão dos municípios à política pública e os mecanismos de coordenação e cooperação que contribuem para o desenvolvimento do programa. Para isso, novamente as entrevistas com os servidores foram utilizadas como base, explorando informações que não constam nas normativas do SAMU Regional.

Algumas dessas questões já foram pontuadas na descrição do arranjo, até mesmo para compreender como ele se organiza. Exemplo disso são as funções desempenhadas pelos atores e como eles se relacionam, além de alguns instrumentos de gestão, tais como as diretrizes assistenciais, instrumentos normativos, contratos com os consórcios, documentação para habilitação e qualificação do serviço junto ao Ministério da Saúde, entre outros. Esses e outros pontos são detalhados nesta seção.

#### **4.3.1 O processo de implementação**

Um ponto inicial sobre a implementação do SAMU Regional nas unidades regionais do Estado mencionado pelo entrevistado E, é que o nível central da SES se baseia na delimitação territorial estabelecida no Plano Diretor de Regionalização, que define os municípios pertencentes às micro e macrorregiões de saúde.

A formação dos consórcios intermunicipais que fazem a gestão dos SAMUs foi anterior ao programa e à liberação dos recursos financeiros. A constituição deles parece acontecer tanto por incentivo estadual, mobilizando os municípios a se unirem e se organizarem, como também são verificadas iniciativas em nível local.

De acordo com o entrevistado A, com a Lei Federal nº 11.795, de 2008, que dispõe sobre o Sistema de Consórcio, a SES incentivou muito a formação de consórcios de saúde em Minas Gerais por volta dessa época que a lei foi publicada. Foi também nesse período que o programa SAMU Regional começou a ser desenvolvido pelo Estado, de modo que foi decidido que a gestão do serviço seria feita por consórcio intermunicipal.

O entrevistado E também relatou que, durante a gestão do governador Antônio Anastasia (entre 2010 e 2014), o Acordo de Resultados<sup>4</sup> (instrumento gerencial do governo da época) estipulava metas de implantação das Redes de Urgência e Emergência nas regiões de saúde. Por conseguinte, houve a necessidade de estruturar os consórcios para a implantação dos SAMUs Regionais.

Por parte da iniciativa no âmbito local, de acordo com os entrevistados E e F, os gestores municipais e das URS, tendo conhecimento sobre a experiência do SAMU implantado nas outras macrorregiões e tendo o interesse em receber a prestação do serviço no território, também tomam a frente para aderir ao programa estadual, entrando em contato com o nível central da SES, realizando reuniões e articulando a organização entre os municípios para fundar o consórcio. Até porque, como afirmou o entrevistado A, o SAMU “[...] é um serviço que dá muita vista. Você não ter um SAMU na sua região não é uma coisa agradável. Politicamente falando é um serviço que dá quórum eleitoral”. Logo, há o interesse local em ofertar esse serviço à população. Somado a isso, há o trabalho de convencer os municípios a se tornarem consorciados, para conseguirem a oferta do serviço.

A partir disso, como primeiro passo da implantação, de acordo com os entrevistados B e C, a CESMUE determina o desenho assistencial do SAMU Regional, no qual se identifica, por exemplo, a localização das bases descentralizadas e o número de ambulâncias necessárias na região de saúde que receberá o SAMU. Depois desse desenho pronto, é realizada uma articulação política pelo Gabinete da SES, que consiste em convidar todos os prefeitos para uma reunião, a fim de apresentar a proposta de regionalização do serviço e ter o aval dos chefes do Executivo municipal.

O entrevistado C explica que esse alinhamento é importante, porque a proposta precisa ser encaminhada pelos prefeitos para ser avaliada pelas Câmaras de Vereadores, já que os municípios precisam pagar o valor de rateio (o *per capita*) para o consórcio, o que requer aprovação do Legislativo. Por isso, é necessário que haja o entendimento e a comunicação entre os Poderes no âmbito municipal, assim como o planejamento das despesas. Nesse sentido, o entrevistado C afirma: “esse prefeito ou

---

<sup>4</sup> Contrato de gestão em Minas Gerais “pactuado entre os órgão e entidades do poder executivo estadual, [que] estabelece, por meio de indicadores e metas, quais compromissos devem ser entregues em conformidade com os objetivos estratégicos expressos na agenda do governo” (OLIVEIRA, 2015, p. 8).

gestor municipal de saúde tem que ter clareza que ele vai ter um gasto de recurso, na verdade, um investimento, para que o serviço seja executado”.

Passada essa parte da articulação política, em que a SES apresenta o interesse em regionalizar o SAMU em determinado território, o nível central da Secretaria de Estado mobiliza dois atores: as Unidades Regionais de Saúde e o consórcio. De acordo com o entrevistado B, o nível central convoca o primeiro ator, com o objetivo de apresentar a política pública e explicar sobre a organização do SAMU para ele, conforme ilustra o excerto:

A gente [nível central] que provoca a primeira reunião, que apresenta a proposta, tira dúvidas gerais, nos colocamos à disposição da Regional. Até o serviço quem apresenta é a gente, porque lá na Regional, se o serviço não existe no território, não está na rotina da Regional, não tem como saber como é o funcionamento daquele serviço. (ENTREVISTADO B)

Assim, são apresentados os custos, a disponibilidade financeira do investimento, os valores que serão praticados no momento do custeio e as responsabilidades de cada um dos envolvidos na operacionalização do serviço.

Posteriormente, segundo o entrevistado B, as URS assumem o papel de coordenar os municípios, sendo responsáveis por replicar a reunião que elas tiveram com o nível central, apresentando a proposta e todos os detalhes relacionados para eles, informando que a SES vai direcionar esforços e assumir o compromisso de implantar o SAMU na região.

Enquanto isso, o consórcio intermunicipal é mobilizado para, junto aos municípios, definir o valor de rateio para o repasse financeiro, a fim de custear o serviço. Ele também precisa acompanhar a apresentação da proposta do SAMU Regional às Câmaras Municipais e providenciar os documentos jurídicos para formalizar a implantação.

Associado a isso, o entrevistado C relata que, além da questão financeira, é efetuado um alinhamento da parte técnica na região, coordenado pelo nível central da SES, a fim de discutir e determinar como será estruturado o serviço, adequá-lo às especificidades existentes no território e esclarecer sobre os equipamentos que serão instalados. A passagem abaixo demonstra isso:

Paralelamente a gente [nível central] tem uma articulação que é, de fato, assistencial, que é técnica. A gente vai ao território, conversa sobre a melhor alocação das ambulâncias, fala qual é o motivo daquela locação ideal. A gente considera, além dos parâmetros do Ministério da Saúde, a questão de qual é a área de abrangência daquele serviço, se está no meio de uma



rodovia, se está no final de uma rodovia, enfim tem todo esse trabalho junto com o território. (ENTREVISTADO C)

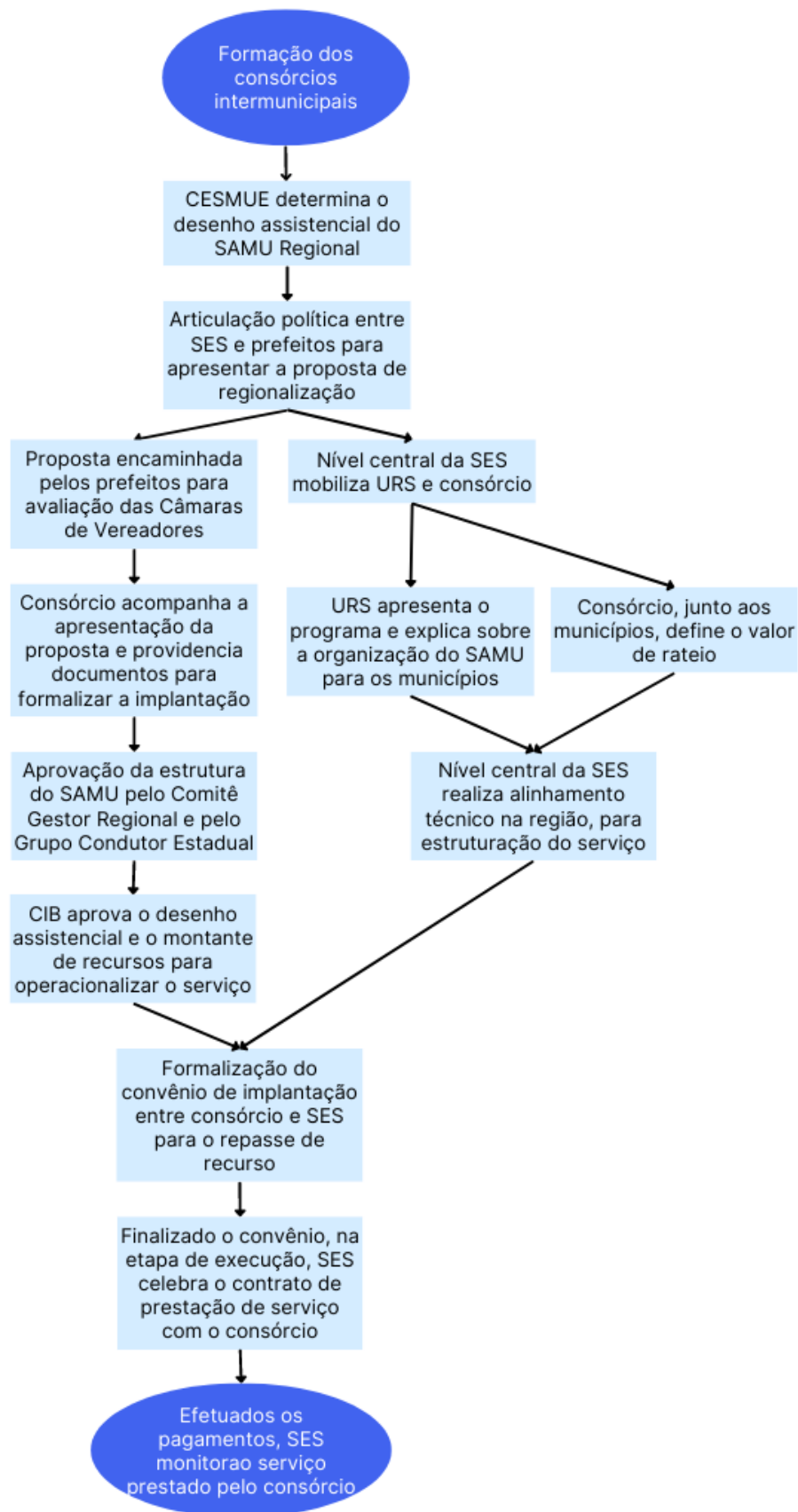
Ademais, essas definições sobre a estrutura do SAMU que será implantado na região são enviadas para aprovação nas instâncias deliberativas da Rede de Urgência e Emergência do SUS, tanto para o Comitê Gestor Regional como para o Grupo Condutor Estadual. Após as discussões nessas instâncias, é elaborada uma deliberação pela Comissão Intergestores Bipartite do SUS que aprova o desenho assistencial e o montante de recursos estadual e federal que será aportado naquele território para a operacionalização do serviço.

Depois, de acordo com o entrevistado C, é feita a formalização do convênio de implantação entre o consórcio e a SES para o repasse de recurso de implantação, o qual é destinado, por exemplo, para o gasto com a estruturação das bases descentralizadas, da central de regulação e a aquisição de ambulâncias. Após o fim do convênio, já na etapa de execução, a SES celebra o contrato de prestação de serviço, que determina as condições gerais para prestação do serviço, os compromissos entre as partes e a sistemática de monitoramento.

Dessa forma, uma vez realizados os pagamentos, a função da SES, segundo o entrevistado B, é acompanhar a prestação feita pelo consórcio, por meio da sistemática de monitoramento, controlada quinzenalmente para verificar o andamento do serviço. Ela serve também para identificar algum ponto de atenção que seja necessário um acompanhamento mais próximo, ou que demande alguma intervenção ou correção de rota. Esse acompanhamento é feito pelo nível central em conjunto com a regional.

A Figura 4 ilustra esse fluxo de implementação do SAMU Regional descrito acima, evidenciando os principais passos e agentes envolvidos.

Figura 4 – Fluxo do processo de implementação do SAMU Regional



Fonte: Elaboração própria

Assim, o processo de implementação do SAMU Regional é complexo, pois é composto por vários passos, envolve diferentes atores e depende das decisões e do desempenho deles para o seguimento do processo. Diante disso, observa-se, portanto, a importância dos alinhamentos e articulações entre os atores para garantir uma boa comunicação e relação entre eles e, conseqüentemente, assegurar o andamento da implementação. Verifica-se também a relevância da SES, já que ela atua em muitos momentos, assumindo a função de coordenar os atores e atividades e de constatar se há algum problema, dificuldade ou dúvida para solucionar ou orientar.

#### **4.3.2 Mecanismos de coordenação e cooperação no SAMU Regional**

Com essa descrição sobre como ocorre o processo de implementação do SAMU Regional, é possível identificar alguns elementos de coordenação e cooperação constituintes do arranjo de implementação do programa, seja a partir das ações dos atores, dos instrumentos utilizados para dar andamento ao processo ou no papel das organizações envolvidas.

Inicialmente, vale retomar a distinção feita sobre coordenação e cooperação. De acordo com Gontijo (2012) e Souza (2018), a coordenação é entendida como uma ação vinculada a uma hierarquia, ou seja, provém de uma organização que tem um papel de comando, sendo capaz de mobilizar e organizar atividades, além de estabelecer consenso entre atores, para o alcance de um objetivo compartilhado. Por outro lado, a cooperação envolve uma relação horizontal e é uma ação discricionária e voluntária entre os indivíduos e as organizações, que agem de maneira colaborativa para se ajudarem em um trabalho (GONTIJO, 2012; SOUZA, 2018).

Um dos primeiros pontos que chama a atenção e que indica iniciativas de coordenação vinculadas ao SAMU Regional é a criação tanto da CESSMUE como da Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos na SES, justamente pela prioridade atribuída ao programa pelo governo, a fim de ampliá-lo a todo o estado, considerando-o um projeto estratégico. De acordo com o entrevistado A, ambas são unidades administrativas que apresentam um direcionamento para tratar sobre o SAMU Regional, sobretudo a Coordenação Estadual que tem suas atividades voltadas especificamente para esse programa, mas a Diretoria também por facilitar o diálogo com os consórcios.

Dessa maneira, a CESMUE evidencia uma estrutura de coordenação do programa, conforme define Alexander (1993 *apud* GONTIJO, 2012), visto que tem a função de gerenciar e articular os diversos atores, o fluxo de execução, a disponibilidade de recursos financeiros, além de elaborar estudos técnicos, formalizar documentos, realizar reuniões e monitorar as atividades dos demais atores.

Percebe-se, pois, que há várias ações sob sua responsabilidade, estando diretamente envolvida com diferentes frentes de atuação, para que o programa se desenvolva, promovendo coordenação horizontal, isto é, intragovernamental, como classifica Souza (2018). Inclusive, com a criação da CESMUE, verificou-se ser necessário padronizar procedimentos, elaborar metodologias e estabelecer rotinas referentes à implantação, de modo que foram definidos e registrados em deliberações da CIB. Essas ações podem ser, inclusive, associadas aos mecanismos de coordenação de ajustamento mútuo, supervisão direta e padronização de processos, descritos por Mintzberg (2003) no interior das organizações.

Sobre isso, o entrevistado C afirma: “Até essa gestão [de 2019] não existia nada sistematizado de como funciona uma implementação do SAMU. A gente [nível central] construiu isso de acordo com as experiências das pessoas que estavam à frente da Coordenação e da Diretoria”. Como resultado, o entrevistado comentou que a área técnica realizou o desdobramento do programa em macroetapas e macroatividades, a fim de organizá-lo e ter seu andamento mais bem delimitado, com a definição de variáveis e critérios que devem ser analisados, o tipo de financiamento e os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.

Dessa forma, observa-se que ter uma unidade de coordenação parece favorecer a gestão do programa, o que, inclusive, vai ao encontro da proposta do governo atual de centralizar a política do SAMU Regional. Com esse arranjo, concentra-se em um ator específico o papel tanto de elucidar dúvidas e oferecer apoio, como de direcionar tarefas, cobrar entregas e conferir a prestação de contas, conforme ilustra o excerto abaixo:

Além de você padronizar processos de trabalho, você tem uma referência. Então os consórcios, o Ministério e os municípios têm um ponto focal, que é a Coordenação, então eles concentram informações, e isso dá continuidade ao fio condutor da política. Ter identidade é importante para o SAMU.  
(ENTREVISTADO C)

O entrevistado A corrobora essa análise sobre a CESMUE, argumentando que tanto a criação dela como da Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos

contribuiu para os consórcios se sentirem mais incluídos na política e mais participativos, já que essas unidades atuam para lidar especificamente com eles. De acordo com esse entrevistado, a Diretoria também exerce um poder de articulação, pois é acionado quando o consórcio tem algum problema, fazendo uma interlocução com o restante da SES e prestando apoio, caso o consórcio ou outro ator tenha alguma dificuldade. Assim, de acordo com a definição de Souza (2018), evidencia-se que exercem a coordenação vertical, pelo fato de lidarem com relações intergovernamentais.

Os próprios consórcios também podem ser considerados uma instância que fomenta a coordenação e a cooperação, tendo em vista que são formados a partir da organização entre os municípios como forma de adesão ao programa SAMU Regional. Assim, os municípios precisam ter o entendimento sobre a necessidade de se unirem e de que juntos, de maneira colaborativa, conseguem ofertar e compartilhar o serviço, o que evidencia o aspecto da cooperação do consórcio, tal como defende Abrucio, Franzese e Sano (2010).

Além disso, após consolidados, os consórcios atuam intermediando a relação entre os níveis estadual e municipal, sendo representantes dos municípios, e atuam, por exemplo, na definição do valor de rateio, por meio do qual cada município contribui para financiar o consórcio. Isso demonstra o aspecto de coordenação vertical que envolve este agente, uma vez que ele assume uma posição superior e de liderança diante dos municípios.

No excerto a seguir, o entrevistado E, que atua em um consórcio intermunicipal da Rede de Urgência, conta como foi a formação desse ente, um processo que demandou diálogo com os municípios da região para explicar a importância de aderir ao consórcio e superar resistências.

Nós [gestores municipais] fizemos realmente momentos de sensibilização com os municípios. Eu tive apenas um município que achou assim: “Eu quero fazer parte, mas o fato de consorciar, ter que financiar e eu sou um município pequeno, eu não tenho que financiar a urgência. Isso é dever do Estado”. Porque entende que é média complexidade e etc. Mas, enfim, nesse início da implantação, fizemos várias oficinas com momentos de sensibilização, para que o prefeito e o secretário pudessem entender a importância da adesão ao programa, de participação do consórcio. (ENTREVISTADO E)

Todavia, é preciso considerar a outra modalidade de SAMU Regional que não tem a gestão por consórcio, mas sim por um município. Nesse caso, é possível depreender que também há coordenação envolvida, uma vez que o serviço é

regionalizado e compartilhado, além de o Estado, sobretudo o nível central, agir no sentido de negociar e incentivar que um município polo assuma a gestão do SAMU. Além disso, esse município polo tem função similar à do consórcio, de operacionalizar o serviço localmente, por isso também se constitui como uma instância coordenadora, já que precisa articular os demais municípios da região e estabelecer os fluxos do programa.

Em adição, como abordado por Menicucci e Marques (2016), o arranjo institucional da regionalização tem potencial para fomentar a cooperação, logo observa-se que esse tipo de ação está presente também nessa modalidade do SAMU Regional, pois é preciso que municípios estejam de acordo com essa configuração de gerenciamento, inclusive colaborando financeiramente com ele.

Uma outra estrutura que desempenha ações coordenativas é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Ela estabelece a integração e o encadeamento entre seus componentes, de maneira que há uma complementação das atividades entre eles e um funcionamento conjunto e sistematizado, existindo uma interdependência que envolve diferentes organizações. A RUE constitui uma rede mediada vertical, de acordo com a classificação de Sulbrandt, Lira e Ibarra (2001), pois é estabelecida por normas legais que são impostas por um sistema hierárquico.

Ademais, em se tratando da Rede de Urgência, vale ainda comentar que, conforme relatado pelo entrevistado F, próximo ao fim do processo de implantação, as Unidades Regionais do seu território realizaram reuniões de alinhamento com as portas de urgência para prepará-las sobre o fluxo da Rede, de forma a se familiarizarem e adaptarem ao SAMU. Esse é mais um exemplo de prática de coordenação executada pelo Estado no contexto do programa, dada a articulação que é feita para organizar a RUE.

Já um ponto referente à relação entre atores que demonstra cooperação é o alinhamento de fluxo feito entre as Unidades Regionais que pertencem a uma mesma macrorregião. O entrevistado F explica que são feitas reuniões para as discussões e decisões serem um consenso da macrorregião. Sobre isso, o entrevistado afirma: “[...] essas ações foram norteadas de maneira conjunta. É um compartilhamento de ideias. E a gente [Unidades Regionais] faz um alinhamento sempre macrorregional”.

Como promotores de coordenação e cooperação, identificam-se também o Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e os Comitês Gestores Regionais. As ações cooperativas resultam do fato desses grupos serem deliberativos e reunirem

membros de diferentes instituições, para formalizar um entendimento compartilhado sobre determinados temas, buscando a concordância sobre propostas e procedimentos. Já a coordenação está atrelada às discussões e deliberações elaboradas por esses grupos que impactam as ações do programa e orientam as atividades dos atores.

Em resumo, pode-se constatar a coordenação e a cooperação presentes no SAMU Regional a partir das ações dos atores envolvidos. No caso da SES, existe a CISMUE, enquanto unidade coordenadora que efetua o gerenciamento e a articulação com diversos atores, por meio de reuniões, as quais são ferramentas de coordenação, segundo Alexander (1993 *apud* GONTIJO, 2012), e do monitoramento das atividades. Ela também padroniza e sistematiza procedimentos, assim como realiza os repasses financeiros, mediante o cumprimento de requisitos técnicos e a comprovação da operacionalização do serviço. Outro setor da SES que executa ações coordenativas é a Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos, uma vez que ela atua para fortalecer o diálogo com os consórcios, estabelecendo interlocução com o restante da Secretaria e prestando apoio, quando há algum problema.

Os consórcios evidenciam cooperação, já que são constituídos pela união e colaboração dos municípios para a oferta e o compartilhamento do SAMU. Também fazem a intermediação entre os governos estadual e municipal, sendo representantes dos municípios, o que demonstra um aspecto de coordenação. Isso se aplica aos municípios polo para a gestão do SAMU Regional, pois atuam de modo similar.

A coordenação está presente também na Rede de Urgência e Emergência, visto que são identificadas ações de integração entre os componentes, que são embasadas por normas legais e que promovem a interdependência entre diferentes organizações.

Já as Unidades Regionais de Saúde atuam de forma coordenativa, por meio da reunião de alinhamento com as portas de urgência para adequar o fluxo da Rede. A cooperação, por sua vez, é identificada quando acontece o alinhamento das decisões de modo conjunto entre as URS.

Quanto ao Grupo Condutor Estadual da RUE e aos Comitês Gestores Regionais, observa-se a cooperação por parte deles ao deliberarem e formalizarem um entendimento compartilhado sobre questões do SAMU Regional. Pode-se reconhecer também a coordenação ao verificar que as decisões desses grupos afetam as ações do programa e os atores.

Além das organizações e atores, é importante também considerar os instrumentos de gestão vinculados ao SAMU Regional que contribuem para a coordenação do arranjo de implementação. Por exemplo, segundo o entrevistado B, o planejamento orçamentário do programa, que é definido no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA), determina o valor do custeio e o período para aplicá-lo, subsidiando as ações que devem ser tomadas. Ademais, a meta de implantar o SAMU em todo o território de Minas Gerais até 2023 é pactuada no PPAG, segundo o entrevistado B. Foi feito também o planejamento da ordem de implantação do SAMU Regional nas macrorregiões. Dessa maneira, esses elementos orientam como o Estado deve proceder e como ele interage com outros atores.

Outro instrumento de planejamento relacionado ao programa e utilizado como meio de coordenação são os planos de trabalho elaborados pelos consórcios intermunicipais de saúde. De acordo com o entrevistado A, esses planos são necessários para delimitar o que é necessário para a implantação no território e precisam ser aprovados pela SES, o que também é defendido pelo entrevistado D no excerto a seguir. Por isso, é preciso uma interlocução entre consórcio e SES, para adequá-los à realidade local, mas também para atender a determinados critérios do programa e da RUE.

O nosso plano de ação estabelece qual é o diagnóstico que eu tenho, o que eu preciso fazer de ação, quem é o responsável, como eu vou executar isso e qual é o prazo que eu tenho para executar isso. Esse é o principal instrumento que a gente precisa ter para implementar o SAMU regional (ENTREVISTADO D).

Conforme mencionado pelos entrevistados B e C, a prestação de contas e o monitoramento mensal dos equipamentos do SAMU realizados pela CISMUE também são meios de ter o controle dos processos e de coordenar o desempenho dos atores, o que deve ser feito através dos indicadores estabelecidos no contrato de prestação de serviço, utilizando os sistemas informatizados dos SAMUs. É preciso também realizar o monitoramento por meio da participação das articulações territoriais, para identificar problemas e gargalos existentes.

Assim, verificam-se como instrumentos de gestão citados pelos entrevistados que contribuem para a coordenação e a cooperação do SAMU Regional: i) o planejamento orçamentário do programa, por meio do PPAG, da LDO e da LOA; ii) os



planos de trabalho elaborados pelos consórcios; iii) a prestação de contas; e iv) o monitoramento mensal dos equipamentos do SAMU.

Pelas declarações feitas nas entrevistas, foi possível identificar também outros exemplos de mecanismos de coordenação e práticas cooperativas envolvidas na implementação do programa. Conforme citado anteriormente, as reuniões, realizadas entre diferentes atores e em diversos momentos. Por meio delas, por exemplo, o Estado, mais especificamente o Gabinete da SES, realiza a articulação política com os prefeitos; também ocorre a sinalização por parte do nível central para os consórcios sobre o início da implantação do SAMU Regional; além de haver as reuniões iniciais de alinhamento com as URS e consórcios para apresentação do serviço e do programa.

Assim, é interessante notar os assuntos e os propósitos dessas reuniões, os quais envolvem a apresentação da proposta do desenho assistencial, o esclarecimento de dúvidas, explicação sobre o programa estadual e a organização do SAMU, entre outros detalhes. Isso demonstra aspectos da coordenação, já que o Estado atua no sentido de mobilizar e conscientizar outros atores, como municípios e consórcios, para integrarem e agirem no contexto do programa.

Verificam-se também como ferramentas de coordenação, segundo Alexander (1993 *apud* GONTIJO, 2012), o convênio e os contratos firmados entre o Estado e os consórcios, visto que são meios de pactuar acordos e determinar objetivos comuns entre as partes, assim como definir responsabilidades, repasse de recursos, assegurar o cumprimento da prestação do serviço, dando segurança e prescrevendo o que deve ser executado. Como resultado, é possível coordenar os processos e atores com base nas informações registradas nesses documentos.

O Quadro 5 sintetiza os mecanismos de coordenação e cooperação do SAMU Regional, identificados a partir dos relatos dos entrevistados. Os mecanismos foram agrupados de acordo com a forma pela qual se manifestam.

Quadro 5 – Mecanismos de coordenação e cooperação do SAMU Regional

Elemento	Mecanismos de coordenação	Mecanismos de cooperação
<b>Ações dos atores que compõem o arranjo</b>	CISMUE: Padronizar procedimentos e elaborar metodologias;  Diretoria de Consórcios: articulação e apoio aos consórcios;  Consórcio: intermediar relação entre estado e municípios;  Município polo: articulação com demais municípios;  RUE: integração e encadeamento de seus componentes	Formação dos consórcios;  URS: reuniões de alinhamento;  Grupo Condutor Estadual e Comitê Gestor: reunião e deliberação para um entendimento compartilhado
<b>Instrumentos de gestão</b>	Criação da CISMUE e da Diretoria de Articulação de Consórcios; PPAG, LDO, LOA; prestação de contas; monitoramento mensal dos equipamentos do SAMU	Planos de trabalho
<b>Outros mecanismos</b>	Convênio, contratos, reuniões	Reuniões

Fonte: Elaboração própria

#### 4.3.3 Fatores facilitadores e dificultadores da implementação

Diante dessas considerações sobre a implantação do SAMU Regional e sobre os mecanismos de coordenação e cooperação envolvidos, questionou-se nas entrevistas acerca de fatores que podem facilitar o processo de implementação do programa. Um desses fatores apontados é o fato do SAMU ser um serviço visado, no sentido de haver um interesse político, porque é facilmente notado pela população (principalmente no caso dos municípios que não contavam com a prestação desse serviço) por possuir entregas concretas, como as ambulâncias e as bases descentralizadas. Portanto, é um serviço que tem um peso eleitoral, conforme dito pelo entrevistado A, o que geralmente contribui para os municípios buscarem aderir ao programa.

Outro aspecto que, segundo a percepção dos entrevistados A e B, favorece a implantação é a política de regionalização do SAMU já ser bem conhecida e consolidada no Estado, visto que é um programa com uma longa duração. Logo, a

resistência dos municípios em participar dele é menor, até por terem ciência sobre a experiência em outras regiões. Além disso, as normativas bem definidas, com diretrizes do Ministério da Saúde e deliberações da CIB-SUS, ajudam a sistematizar o processo de implantação, dando subsídios e respaldo para a atuação do Estado. Isso vai ao encontro do que argumenta Souza (2018) a respeito das normas na área da saúde serem bem formuladas, garantido respaldo aos atores e evitando problemas de coordenação

Além das normas, o aporte financeiro é outro fator mencionado pelos entrevistados como um importante incentivo de participação dos municípios e consórcios, sendo um atrativo e uma forma de convencimento à adesão. Isso se justifica pelo repasse de recursos federais e estaduais, havendo uma contribuição dos entes, em vez de ser um ônus apenas do município. Essa relevância do aporte financeiro é constada no excerto a seguir:

Um facilitador que eu percebo hoje é o fator orçamentário. [...] Então incentivo, eu acho que sempre vai ser financeiro, de qualquer política que a gente aqui, obviamente visando o usuário, visando um bom serviço, mas a gente consegue caminhar com as pessoas a partir do momento que a gente dá um incentivo financeiro para aquela região. (ENTREVISTADO A)

Associada ao financiamento, a definição de uma metodologia para calcular o valor do repasse também é uma maneira de facilitar a implantação, conseguir que os municípios e consórcios entendam, aceitem e cooperem com as condições da política, já que com a metodologia estabelecida é possível explicar o cálculo. Sobre isso, o entrevistado C comenta o seguinte:

O território saber quanto ele vai receber para aquele serviço é importante, porque até então os municípios entravam no SAMU Regional sem saber quanto teriam que pagar e quanto iriam receber. [...] Essa questão da previsibilidade e ter método para implantação, para definição de onde é que têm que ser localizadas as bases descentralizadas foi o que contribuiu e aumentou a nossa popularidade no território. (ENTREVISTADO C)

Ter os consórcios já estabelecidos com antecedência, ou seja, antes do Estado iniciar a regionalização do SAMU no território, é algo que também favorece a implantação, pois indica que os municípios estão de acordo em receber o serviço, estão dispostos a colaborar e já se organizaram para ter uma articulação com o estado. A esse respeito, o entrevistado A explica que já existe o consenso que, na maioria dos casos de regionalização nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, a gestão é feita via consórcio, tanto por entendimento estadual quanto por aprovação

do Ministério da Saúde. Inclusive, o Estado de Minas Gerais é referência quanto a esse modelo de regionalização do SAMU por consórcio. Assim, geralmente há uma boa relação entre a SES e os consórcios, de modo que estes têm reconhecimento e legitimidade. Consequentemente, isso contribui para um alinhamento da política pública, conforme transcrito a seguir:

Essa facilidade com o SAMU se justifica por ser uma política já instituída. A gente [nível central] entende que é por consórcio então, talvez eles se sentem mais incluídos, mas pertencentes. Quanto mais a gente consegue fazer com que um ator pertença àquela política, mais ele vai defender a mesma visão que você tem. (ENTREVISTADO A)

Conforme mencionado previamente pelo entrevistado C, com a instituição da CESMUE, ocorreu a sistematização da política estadual do SAMU, bem como o registro e a documentação dos processos de implantação. Essas práticas são positivas para a gestão do Estado, mas também para a promoção de ações coordenadas, uma vez que determinam os fluxos de trabalho e balizam as condutas dos atores. Isso vai ao encontro da análise feita por Mintzberg (2003) sobre mecanismos coordenativos nas organizações, como a padronização de processos.

Somado a isso, de acordo com o entrevistado B, uma boa prática da implantação do programa, que foi identificada pela CESMUE como uma necessidade para que o processo transcorra de maneira mais eficiente, é o alinhamento dos setores da SES, seja internamente no nível central ou entre o nível central e as regionais. Vale ressaltar que essa prática envolve mecanismos de cooperação, tendo em vista que os setores se articulam, cada um com a sua especialidade, para contribuir em uma frente de atuação. O trecho a seguir da fala do entrevistado B trata sobre essa questão do alinhamento:

Já teve outras implantações em que não houve um alinhamento tão próximo com a diretoria de convênios e o processo foi mais moroso, pela ausência desse alinhamento prévio. Então foi algo que a gente [CESMUE] já incorporou em nossa rotina de trabalho. A gente não inicializa formalização de convênio sem eles estarem cientes e sem uma reunião prévia de alinhamento. Isso tudo facilita para que o processo aconteça de uma forma mais tranquila. Não só esse alinhamento interno aqui no nível central, mas também com as regionais. A gente já teve experiências em que a Regional ficou um pouco de fora e que depois trouxe problemas, porque a Regional tem o seu papel. (ENTREVISTADO B)

Em contraposição aos pontos positivos apresentados, os entrevistados relataram alguns desafios enfrentados na implementação do SAMU Regional. Um deles ocorre quando é feita a regionalização do serviço em um território que já possui

um SAMU municipal, isto é, quando já existe um município que gerencia e oferta o SAMU por conta própria e com cobertura somente para ele. Segundo os entrevistados C e F, essa situação provoca uma oposição ao programa. Sobre isso, o entrevistado C explica: “Por vez, quando tem SAMU municipal, geralmente os gestores não querem regionalizar, porque ele já tem o controle sobre aquele serviço e tem essa insegurança sobre a manutenção da qualidade”.

O entrevistado F comentou sobre esse tipo de desafio com um SAMU municipal na sua macrorregião. Na ocasião, houve uma grande resistência do município polo, que contava com esse serviço somente no âmbito municipal, afirmando que, de acordo com o estudo técnico assistencial apresentado, ele ficaria desassistido com a regionalização. Assim, a princípio, ele não teve uma visão dos benefícios que seriam obtidos pela macrorregião se o SAMU fosse regionalizado. A partir disso, a SES decidiu agir para convencer o município, incentivando a cooperação, conforme contou o entrevistado F na passagem transcrita:

O que a gente fez em relação a esse desafio foi solicitar a revisão do estudo. A gente [SES] chamou o prefeito e a gestora e mostramos para eles em números quanto eles gastavam com o SAMU municipal e quanto gastariam com o SAMU Regional. Seria uma economia de 300 mil reais por mês. Mostramos com relação ao atendimento de habitantes, a gente fez um cálculo ali por USB. Seria mais vantajoso também estar no SAMU regional. Depois dessa reunião, ele falou que também lutaria por essa atualização do estudo técnico. Se o estudo técnico saísse, ele iria aderir ao SAMU regional. (ENTREVISTADO F)

Outro desafio mencionado pelos entrevistados é quanto ao nível de organização da Rede de Urgência e Emergência no território. Como já discutido, toda a RUE é regionalizada, por isso, para implantar o SAMU na macrorregião, é preciso integrá-lo aos demais componentes da Rede, realizando as devidas adaptações e conexões para o funcionamento adequado do todo. Dessa maneira, segundo o entrevistado C, é importante ter bem mapeadas as portas hospitalares específicas para o atendimento de cada caso de urgência. Esse entrevistado afirmou:

Então se eu tenho essa rede organizada nos demais pontos, isso favorece a implantação do SAMU. Porque não tem como você implantar um SAMU, se ele não sabe nem para onde ele tem que levar o paciente. Então essa organização *a priori* da rede é necessária. (ENTREVISTADO C)

Nesse sentido, o entrevistado E relatou sobre a dificuldade que tiveram no seu território a respeito da organização da Rede, a fim de prepará-las para atender o SAMU: “Um desafio muito grande em relação às portas hospitalares, à capacidade instalada dos hospitais e das portas. Na macrorregião, a capacidade instalada era

muito fragilizada, com leitos de UTI muito abaixo da quantidade determinada em portaria”.

A capacidade de organização dos consórcios foi outro desafio indicado. O entrevistado B comentou que há variações entre os consórcios, sendo que alguns são mais bem estruturados e proativos, enquanto outros têm mais dificuldades quanto à organização administrativa e à gestão de pessoal. Sobre essa questão ele comentou no trecho: “O consórcio tem que ter uma capacidade administrativa robusta, para dar conta não só da implantação, quanto também do gerenciamento do serviço. Às vezes nem sempre é isso que a gente encontra”. Isso influencia a coordenação entre a SES e os consórcios, já que, por exemplo, sem uma capacidade administrativa organizada, pode haver problemas de articulação e morosidade da gestão. Essas dificuldades apontadas são constatadas por Abrucio, Franzese e Sano (2010), que relatam a carência de diferentes recursos ao implementar as políticas públicas nas localidades.

Também relacionado aos consórcios, há o desafio quanto aos planos de trabalho. Segundo o entrevistado A, parece haver diversas trocas entre os setores da SES e os consórcios para a elaboração desse instrumento, e existem dificuldades por parte dos consórcios em delimitar o que é necessário constar no plano para a prestação do serviço, atrapalhando a implantação do programa. Por causa disso, o entrevistado A sugere que a SES tome a iniciativa de prestar um suporte aos consórcios: “Se houvesse uma forma de diagnóstico mais bem delimitada, como um roteiro de diagnóstico antes do plano de trabalho, acho que facilitaria para todo mundo” (ENTREVISTADO A).

Finalmente, os entrevistados apontaram como outro desafio à implantação do SAMU Regional o embate entre questões técnicas e questões políticas. Alguns mencionaram que a convergência entre as análises técnicas e a conjuntura política favorecem a atuação do Estado para implantar o programa, de forma que se promove uma cooperação entre os envolvidos. No entanto, quando essa combinação não ocorre, muito por alguma desavença política, o processo de implantação costuma ser impedido, mesmo havendo todo um embasamento técnico. O seguinte excerto ilustra esse ponto.

Por exemplo, em duas implantações que a gente [SES] viabilizou no ano passado, uma conversa foi muito tranquila desde o início. Com o outro, a conversa teve muitos pontos de atrito, com relação ao custeio, de não concordar com aqueles valores, de acreditar que os valores não eram compatíveis com o que estava sendo exigido como prestação. Também é

normal ter esses tipos de discussões e alinhamentos necessários.  
(ENTREVISTADO B)

O entrevistado B comentou que, diante disso, em alguns casos um alinhamento com a área técnica é suficiente para um melhor entendimento e para poder suprir determinada questão ou dúvida, o que demonstra o sucesso de uma ação coordenada. Em outros casos, a discordância alcança um porte maior, a depender da projeção política do consórcio, pois ele pode, por exemplo, conseguir sensibilizar o Gabinete da SES ou de outras secretarias do Estado, para poder interceder por ele e dar voz a sua demanda.

Ainda de acordo com o entrevistado B, é comum haver um conflito entre a SES e os consórcios, pois há interesses diferentes, sobretudo ao considerar o financiamento do programa.

O consórcio quer ter dinheiro para cumprir suas obrigações e a gente quer repassar recurso que seja compatível com essas obrigações, nem a mais nem a menos. Então tem sempre esse ponto de tensão entre o que a gente entende que é o adequado e o que eles afirmam ser o adequado. [...] Em muitos casos a gente convence e fica tranquilo. Em outros casos, o consórcio pode não ser convencido e ele, tendo essa capacidade e sabendo que isso pode ser um meio dele conseguir, transmitir essa demanda para outras instâncias. (ENTREVISTADO B)

Assim, a maneira como os consórcios vão lidar perante tal divergência depende da capacidade política de cada um. Esta, por sua vez, depende dos municípios que são consorciados e da força política que eles têm, pois em regiões que muitos deputados são eleitos, por exemplo, provavelmente o consórcio tem uma maior influência e possibilidade de articulação na SES, pressionando para que seus interesses sejam atendidos.

Por fim, são identificados como fatores que facilitam a implementação do SAMU Regional: i) o SAMU ser um serviço visado e com peso eleitoral; ii) o programa de regionalização ser consolidado em Minas Gerais; iii) as normativas do programa serem bem definidas; iv) o aporte financeiro por parte do Estado e da União; v) a existência de metodologia para cálculo do repasse; vi) os consórcios já serem estabelecidos com antecedência; vii) a sistematização e padronização dos procedimentos de implementação do programa; e viii) o alinhamento realizado entre os setores da SES.

Por outro lado, é possível constatar os seguintes dificultadores para implementar o SAMU Regional: i) o território já possuir SAMU municipal antes da regionalização; ii) o nível de organização da RUE no território; iii) a capacidade de

organização dos consórcios; iv) a elaboração dos planos de trabalho; v) o embate entre análises técnicas e interesses políticos; e vi) a divergência entre a SES e os consórcios quanto ao financiamento do programa.

#### **4.4 Nota conclusiva**

Dessa forma, diante das análises feitas sobre as entrevistas, é possível concluir que o programa SAMU Regional possui um arranjo institucional bem estruturado e organizado, tendo em vista o processo de implementação do serviço nas macrorregiões de saúde do Estado. O arranjo é constituído por objetivos bem delimitados, etapas sistematizadas, diferentes atores com atribuições que se complementam, normativas consolidadas e produtos que condizem com os objetivos estabelecidos.

Percebe-se também que o próprio arranjo da política se constitui de mecanismos de coordenação e cooperação, até mesmo pelo fato de visar à regionalização de um serviço de saúde, o que demanda divisão de responsabilidades e integração entre diferentes atores para o compartilhamento do serviço e o alcance de interesses em comum, como expansão da oferta do SAMU, melhoria do atendimento de urgência e otimização de recursos públicos.

No entanto, como relatado pelos entrevistados, para implantar o programa e alcançar os objetivos surgem conflitos, os quais precisam ser superados. Por isso, o Estado de Minas Gerais atua não apenas como gestor da política, mas também assume a função de coordenador, tendo protagonismo na condução do programa e liderança na intermediação dos atores.

Assim, o SAMU Regional é uma política que demanda convencimento, o que é feito por meio de: apresentações e reuniões sobre o serviço prestado e seus trâmites; liberação de recursos financeiros para a oferta do serviço; metodologias e cálculos explicados aos atores; discussões em grupos deliberativos que são compostos por diferentes organizações, alinhamentos e articulações para organização da Rede de Urgência e preparo dos territórios; elaboração conjunta de planos de trabalho; e formalização de contratos.

Como resultado dessas ações e mecanismos, há uma interdependência entre os atores, de modo que interagem de maneira colaborativa, a fim de viabilizar e compartilhar o SAMU em uma região, pois prestam apoio uns aos outros, seguem



diretrizes, buscam o entendimento e a concordância sobre o programa, com a finalidade de obter a regionalização, de forma pactuada e deliberada.

Além disso, vale salientar que os procedimentos e as condutas são orientados por normas e ocorrem em conformidade com a estrutura da Rede, o que também incentiva práticas coordenadas e cooperativas para o funcionamento do SAMU Regional. Nesse sentido, a formação dos consórcios evidencia um exemplo de iniciativa de cooperação, uma vez que geralmente os próprios municípios, de maneira voluntária, se organizam para estruturá-lo.

Por fim, de acordo com as informações obtidas pelos relatos dos entrevistados, observa-se que, com o passar do tempo, ocorrem mudanças e adaptações na política estadual do SAMU. Isso resulta da percepção e do entendimento dos governos da necessidade de ajustes a partir da experiência e da prática, identificando os desafios e conflitos que se interpõem ao processo de implantação do SAMU Regional. Como exemplos, pode-se citar a criação da CESHUE, a centralização do programa e a sistematização das etapas e atividades da implementação, o que serviu para aprimorar mecanismos de coordenação e cooperação, que fortalecem e contribuem para o desenvolvimento da política pública.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regionalizado prestado pelo governo de Minas Gerais, com foco no arranjo institucional e nos mecanismos de coordenação e cooperação que os constituem. Para isso, foi realizada a revisão e sistematização de referenciais teóricos sobre arranjo institucional e sobre coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas, que serviram de base para a análise do programa SAMU Regional.

Utilizou-se como referência o conceito de arranjo institucional de políticas públicas formulado por Pires e Gomide (2014), que o descreve como o conjunto de regras, mecanismos e processos que estabelecem a maneira específica de coordenar atores e interesses na implementação de uma determinada política e identifica seus três principais elementos: objetivos; atores e interações; e instrumentos.

Já Gontijo (2012) e Souza (2018) serviram como principais referências para discutir sobre os conceitos de coordenação e cooperação das políticas públicas, de modo que o primeiro é vinculado a uma estrutura hierárquica que organiza e orienta os atores e atividades, enquanto o segundo é associado a relações horizontais, geralmente voluntárias, que visam à colaboração para o alcance de um objetivo em comum. Alexander (1993 *apud* GONTIJO, 2012), por sua vez, defende que existem diferentes níveis e arranjos de coordenação, com graus de formalidade e institucionalização variados, por isso foi consultado para definir mecanismos que promovem esse tipo de ação, como estratégias, estruturas e ferramentas.

Abrucio, Franzese e Sano (2010) foram referenciados, já que argumentam que no sistema federalista é necessário o uso de instrumentos e mecanismos de coordenação e cooperação nas relações intergovernamentais, a fim de conciliar a autonomia dos entes e a interdependência entre eles, para que sejam capazes de implementar políticas, financiar suas atividades, dividir responsabilidades e manter a unidade nacional. Esses autores também foram importantes neste trabalho para entender mais sobre ações coordenativas e cooperativas no arranjo federalista brasileiro, como o associativismo e o consorciamento.

A fim de explorar sobre a regionalização de serviços de saúde, a pesquisa de Menicucci e Marques (2016) foi utilizada como referência, de maneira que possibilitou verificar como se associam o arranjo institucional da regionalização, a coordenação e a cooperação ao implementar políticas públicas. Eles afirmam que o arranjo

institucional da regionalização tem capacidade de favorecer a cooperação e ressaltam a importância de o estado exercer a coordenação dos municípios e incentivar ações cooperativas entre eles, para obter o sucesso das políticas que buscam regionalizar serviços de saúde. Explicam ainda que, no contexto do sistema federalista, fatores estruturais são dificultadores para a implementação de políticas regionalizadas.

Com a finalidade de caracterizar a Rede de Urgência e Emergência, identificando suas diretrizes e objetivos, teve-se como base o Manual Instrutivo da RUE (BRASIL, 2013). Por fim, a Resolução SES/MG nº 7.611/2021 foi consultada para obter informações sobre o arranjo institucional do SAMU Regional a partir de uma perspectiva normativa ou formal, uma vez que esse regulamento trata sobre os objetivos, as responsabilidades dos atores, o processo de implementação, entre outros aspectos do programa.

A partir do referencial teórico, foram realizadas entrevistas com servidores públicos envolvidos no serviço como forma de ampliar as informações sobre o programa e para identificar os mecanismos de coordenação e cooperação do arranjo percebidos por eles, além de fatores que contribuem ou dificultam com a implementação do programa.

O arranjo institucional do SAMU Regional foi descrito e analisado considerando os objetivos previstos, os atores implicados e suas interações, e os processos e instrumentos de implementação do programa. Além disso, descreveu-se os mecanismos de coordenação e cooperação do arranjo. O programa tem os objetivos de expandir e melhorar o atendimento de urgência aos agravos à saúde, por meio da resposta rápida e da articulação com o restante dos componentes da RUE. Ademais, busca dividir o ônus financeiro e as responsabilidades do SAMU entre os entes, assim como compartilhar a sua infraestrutura entre os municípios consorciados, o que demonstra a importância da prestação do serviço de modo regionalizado.

Outro elemento do arranjo identificado foram os produtos, como o atendimento ágil e em tempo oportuno, a orientação médica via telefone e o acesso à porta de urgência adequada. Percebe-se, portanto, que estão alinhados aos objetivos do programa. Também são considerados produtos do SAMU Regional o Núcleo de Educação Permanente e toda a infraestrutura instalada e disponibilizada para proporcionar o serviço.

Em adição, os atores que compõem o arranjo e estão envolvidos na implementação são: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, consórcios

intermunicipais, Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência, Comitês Gestores Regionais da RUE e Ministério da Saúde. Verificaram-se as diversas funções e interações entre eles, tais como: realizar repasses financeiros, promover alinhamentos entre eles, operacionalizar o serviço nos territórios, deliberar sobre as decisões e processos e atuar com base nas normativas estabelecidas.

Diante disso, como achado do trabalho, observou-se que o arranjo do SAMU Regional é bem articulado e forte, dada a integração e coerência entre seus elementos. Isso se deve à interlocução colaborativa entre os atores ao longo do processo de implementação do programa, ao alinhamento e padronização dos procedimentos, à delimitação e reconhecimento dos objetivos do programa e das funções e responsabilidades dos atores. Além disso, são fatores que fortalecem o arranjo institucional: a existência de uma unidade coordenadora (Coordenação Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência – CESMUE) específica para a gestão do programa, os produtos atenderem aos objetivos propostos, as deliberações feitas entre diferentes organizações e o atendimento às normativas estabelecidas e às diretrizes da Rede.

Depreende-se da análise feita que o SAMU Regional demanda várias articulações entre os atores, por exemplo, por meio de reuniões, apresentações do serviço e do programa, prestação de contas, de modo que as relações são cooperativas. Evidencia-se também a necessidade de coordenar os processos, para que sejam delimitados, encaminhados corretamente para os setores e estejam de acordo com os preceitos da Rede de Urgência e Emergência, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos pelo Estado.

Com a pesquisa feita, observa-se que a implementação do SAMU Regional é complexa, já que é constituída por vários passos, envolve diferentes atores e depende das decisões e do desempenho deles para o desenvolvimento do processo. Por isso, os alinhamentos entre os atores são importantes para garantir uma boa comunicação e relação entre eles. Verifica-se também a relevância da SES, já que ela atua em muitos momentos, por exemplo ao determinar o desenho assistencial, realizar articulação política com os prefeitos, disponibilizar recursos financeiros, mobilizar as URS e consórcios, promover a articulação técnica nos territórios, participar das instâncias deliberativas, formalizar convênio de implantação, entre outros. A SES também assume a função de coordenar os atores e atividades e de monitorar se há algum problema, dificuldade ou dúvida para solucionar ou orientar.

Nesse sentido, a respeito dos elementos vinculados ao SAMU Regional capazes de promover coordenação e cooperação, identificam-se: a CESMUE, enquanto unidade coordenadora, a Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos, as Unidades Regionais de Saúde, os consórcios intermunicipais, que atuam de forma híbrida, ou seja, tanto exercendo coordenação como mobilizando cooperação, a Rede de Urgência e Emergência, o Grupo Condutor Estadual da RUE e os Comitês Gestores Regionais. Esses atores e unidades realizam articulações, dialogando uns com os outros, buscando estabelecer entendimentos e consensos, assim como formalizam as propostas e decisões acerca do programa.

Já como instrumentos utilizados para efetuar ações coordenativas e cooperativas no âmbito do SAMU Regional são observados o planejamento orçamentário estabelecido no Plano Plurianual de Ação Governamental, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual, os planos de trabalho elaborados pelos consórcios, a prestação de contas e o monitoramento mensal da operação do serviço, efetuado por meio de indicadores. Esses instrumentos possibilitam a previsão das ações e de recursos financeiros, o controle dos processos e a coordenação do desempenho dos atores. As reuniões de apresentação e de alinhamento, bem como os convênios e contratos também são relevantes como instrumentos, pois estabelecem consensos e orientações sobre as ações, assim como registram acordos e estabelecem objetivos comuns entre as partes.

Um dos limites do TCC foi o enfoque dado ao nível gerencial do SAMU Regional, de modo que não foram alvos de análise nem o alto escalão, que possibilitaria a investigação de aspectos políticos do programa, nem o nível mais associado à “ponta” do programa, a burocracia de nível de rua, que permitiria verificar a execução do serviço localmente. Isso se reflete nas entrevistas realizadas, cujos atores estão vinculados sobretudo ao nível central da SES e poucos trabalham fora desse órgão. Recomenda-se, portanto, para estudos posteriores, que sejam entrevistados também servidores que possuam vínculos com atores diferentes da SES, por exemplo, com os municípios, COSEMS, consórcios intermunicipais e Grupo Condutor Estadual da RUE, aumentando a abrangência e a diversidade de entrevistados.

Diante dos achados deste trabalho e das considerações feitas, elaboram-se algumas recomendações para que o arranjo do SAMU Regional seja melhor operado, a fim de potencializar a coordenação e a cooperação no programa. Uma sugestão é

de haver uma iniciativa por parte da SES para organizar trocas de experiências entre os consórcios e também entre as URS, com o objetivo de compartilhar boas práticas e desafios em comum, para identificar aprimoramentos, o que estimularia a cooperação.

Recomenda-se também realizar uma avaliação *ex-post* do programa para verificar os resultados alcançados, corrigir problemas e ter subsídios para melhorias. Associado a isso, é necessário modificar a sistemática de monitoramento do programa, de forma que haja maior confiabilidade na coleta de dados, reduzindo a autodeclaração dos consórcios e adotando outros meios de confirmar as informações prestadas. Nesse sentido, mostra-se importante investigar, monitorar e divulgar para a RUE o perfil das situações de urgência e emergência que são atendidas em cada região, a fim de melhor organizá-la e prepará-la. Para isso, é interessante aproveitar o Núcleo de Educação Permanente (NEP), como ferramenta de qualificação dos profissionais do SAMU e de fortalecimento da Rede, para trabalhar e difundir os dados obtidos pelo monitoramento, utilizando-os nas capacitações, com a finalidade de fomentar e orientar processos e ações de prevenção e promoção à saúde que sejam mais vinculados ao perfil identificado.

Outro ponto de atenção no arranjo é a necessidade de fortalecer a comunicação com o Ministério da Saúde, a fim de propor atualizações nas diretrizes da Rede de Urgência e Emergência e negociar o aumento do valor de repasse por parte do governo federal para o financiamento do SAMU, diminuindo o ônus para o Estado.

Um outro aspecto do arranjo institucional do programa que merece uma reflexão é a existência de um “centro de comando”, o que pode ser positivo por um lado, no sentido de facilitar a coordenação, centralizar decisões e resolver problemas, todavia, por outro, pode diminuir a autonomia e a participação dos níveis regionais nas escolhas feitas e ao delegar atribuições. Assim, recomenda-se aos gestores do programa considerarem as opiniões e contribuições dos profissionais que operam o serviço localmente e valorizem o conhecimento deles sobre o território, para adequar a implementação do programa, de modo que ele funcione da melhor maneira possível, atendendo às condições e características das localidades.

O Estado, no seu papel de coordenador do programa, deve também proporcionar mais suporte à organização dos consórcios e à elaboração de seus

planos de trabalho, contribuindo para a capacitação e o preparo dos gestores locais, a fim de se articularem e elaborar o referido documento.

Conclui-se, a partir do trabalho realizado, que o SAMU Regional é relevante para a população, pois possibilita a expansão no estado da oferta do serviço móvel de urgência, sendo este fundamental à saúde, já que fornece assistência a agravos e situações emergenciais, que demandam ser prontamente e devidamente atendidos, por meio de profissionais capacitados e equipamentos adequados. Além disso, com a regionalização do SAMU, é possível empregar os recursos públicos de forma mais eficiente, considerando o compartilhamento das responsabilidades e do financiamento do serviço entre os entes da Federação, assim como a integração das ações por meio da Rede de Urgência e Emergência. Dessa forma, o Estado visa garantir o direito de acesso à saúde para os cidadãos e combater as desigualdades entre os municípios de Minas Gerais.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, H. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. *In*: CUNHA, A. S.; MEDEIROS, B. A.; AQUINO, L. C. (org.). **Estado, instituições e democracia**: república. Brasília: IPEA, 2010, v. 1, p. 177-212.
- ARRETCHE, M.; VASQUEZ, D.; GOMES, S. As relações verticais na Federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia. *In*: ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV/Editora Fiocruz, 2012, p. 145-171.
- 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 04 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. [S. l.], 08 fev. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1>. Acesso em: 15 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. [S. l.], 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em 15 out. 2022.
- CÉSAR, M. Cobertura do SAMU Regional em Minas quase dobrou nos últimos 4 anos. **Secretaria de Estado de Saúde**, dez. 2018. Notícias. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/banco-de-noticias/story/10815-cobertura-do-samu-regional-em-minas-quase-dobrou-nos-ultimos-4-anos>. Acesso em 15 mai. 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. **Diário Oficial da União** [online], nº 155, seção 1. Brasília. 13 ago. 2018. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588\\_publicada.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588_publicada.pdf). Acesso em: 01 dez. 2022.
- FRAGA, S. Sete Lagoas pode assumir o gerenciamento regional do Samu. **Estado de Minas**, [S. l.], 09 ago. 2021. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/08/09/interna\\_gerais,1294209/sete-lagoas-pode-assumir-o-gerenciamento-regional-do-samu.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/08/09/interna_gerais,1294209/sete-lagoas-pode-assumir-o-gerenciamento-regional-do-samu.shtml). Acesso em: 08 nov. 2022.
- FRASÃO, G.; RIBEIRO, K. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. **Gov.br**.



Ministério da Saúde. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20n%C3%ADveis%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20e,prim%C3%A1ria%2C%20aten%C3%A7%C3%A3o%20secund%C3%A1ria%20e%20terci%C3%A1ria>. Acesso em: 01 dez. 2022.

GONTIJO, J. G. L. Coordenação, cooperação e políticas públicas: organizando percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação. *In*: FARIA, C. A. P. (org.). **Implementação de políticas públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 82-122.

LIMA, L. D. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil**: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p. (Textos para Discussão, n. 15).

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013. ISSN 1678-9873. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/38765>. Acesso em: 15 mai. 2022.

LOTTA, G. S. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. *In*: LOTTA, G. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: ENAP, 2019. p. 11-38. Disponível em: [https://repositorio.ena.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro\\_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf](https://repositorio.ena.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf). Acesso em 16 mai. 2022.

LOTTA, G. S.; NUNES, A. C.; CAVALCANTI, S.; FERREIRA, D. D.; BONAT, J. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 69, n. 4, p. 779 - 810, 2018. DOI: 10.21874/rsp.v69i4.2917. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/2917>. Acesso em: 19 set. 2022.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015. DOI: 10.21874/rsp.v66i2.409. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/409>. Acesso em: 31 mai. 2022.

MACHADO C.V.; SALVADOR F. G. F.; O'DWYER G. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>. Acesso em: 03 out. 2022.

MARQUES, A. J. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: estudo de caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da

Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede-de-urgencia-e-emergencia-norte-minas-estudo-de-caso.pdf>. Acesso em 16 mai. 2022.

MARQUES, E. As políticas públicas na Ciência Política. *In*: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 23-46.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. F. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016. DOI: 10.1590/00115258201693. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/pFMXHMxY6y6KvgDbgKK3k9g/?lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2022.

MINAS GERAIS. **Plano Plurianual de Ação Governamental 2020-2023**. Exercício 2020. Volume I, Anexo I – Programa e Ações por Área Temática. 2020. Disponível em: <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/527/394/1527394.pdf>. Acesso em 14 mai. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto estratégico: SAMU 192 Regional**. Belo Horizonte, 2022. Plano de projeto em *Planilha Excel*. Acesso em: 21 mai. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.611, de 21 de julho de 2021**. Estabelece as diretrizes e regras gerais do Componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais Diário do Executivo: Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207611%20-%20CIB.pdf>. Acesso em 14 mai. 2022.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2003.

O'DWYER G.; MATTOS, R. A. O cuidado integral e a atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências no Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.199-210, 2013.

O'DWYER, G.; MACHADO, C. V.; ALVES, R. P.; SALVADOR, F. G. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 7, p. 2189-2200. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.15902014>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PETERS, B. G. Managing horizontal government: the politics of co-ordination. **Public Administration**, v. 76, n. 2, p. 295-311, Summer 1998.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. A. **Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento**. Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade** [online].

2015, v. 24, n. 2, p. 403-412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200001>. Acesso em: 03 out. 2022.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 36, n. 2/4, p. 498-515, 2003. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p498-515. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/29420>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Caderno de Pesquisa NEPP**, Campinas, n. 48, p. 1-13, 2000. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/143/CadPesqNepp48>. Acesso em 16 mai. 2022.

SILVA, J. F. M.; ANDRADE, S. K. A. V.; CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 30, n. 03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300329>. Acesso em: 26 out. 2022.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006. ISSN 1807-0337. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Acesso em 16 mai. 2022.

SOUZA, C. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3329/1/Livro\\_Coordena%20de%20pol%20adticas%20p%20bablicas.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3329/1/Livro_Coordena%20de%20pol%20adticas%20p%20bablicas.pdf). Acesso em: 19 set. 2022.

SOUZA, C. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. (Suppl 2), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046818>. Acesso em: 11 out. 2022.

SULBRANDT, J.; LIRA, R.; IBARRA, A. Redes interorganizacionales en la administración pública. **Revista del Clad: Reforma y Democracia**, Caracas, n. 21, p. 1-14, Oct. 2001.

## **APÊNDICE - Roteiro de entrevista**

### **BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome:
2. Formação:
3. Qual cargo você ocupa atualmente na SES/FHEMIG/Consórcio? Em qual setor você trabalha?
  - a) Qual sua experiência com o SAMU Regional?
  - b) Quais são/eram suas atribuições referentes ao SAMU Regional?

### **BLOCO 2 – SOBRE O DESENHO DO SAMU REGIONAL**

4. Como você define o SAMU Regional?
5. Quais são os objetivos do programa SAMU Regional?
  - a) Qual o intuito de regionalizar o SAMU?
6. Quais os produtos do programa SAMU Regional?
7. Como ocorre a adesão dos municípios ao SAMU Regional?

### **BLOCO 3 – SOBRE O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SAMU REGIONAL**

8. Como o SAMU Regional se estrutura?
  - a) Em relação aos atores? Aos processos? Às normativas?
  - b) Quais são os participantes da implementação do SAMU Regional?
  - c) Quais as funções desses participantes na implementação do SAMU Regional?

### **BLOCO 4 – SOBRE OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO**

9. Descreva os instrumentos de planejamento e gestão do SAMU Regional.
  - a) Como você avalia a utilização desses instrumentos no desenvolvimento do SAMU Regional?
10. Descreva os instrumentos de acompanhamento e avaliação do SAMU Regional.
  - a) Como você avalia a utilização desses instrumentos no desenvolvimento do SAMU Regional?
11. Como funciona o processo de implementação do SAMU Regional nas macrorregiões?

12. Como o SAMU Regional se insere na Rede de Atenção às Urgências e Emergências?
13. Enquanto trabalhava com o SAMU Regional, você acompanhou algum tipo de mudança da estrutura ou da organização dele?
  - a) Se sim, qual?
  - b) Você sabe dizer por que aconteceu essa mudança?
14. Quais são os principais desafios para a regionalização do SAMU?
15. Você identifica boas práticas para promover a regionalização? Se sim, quais?