

Pesquisando em *setting* de saúde: análise ético-política da média complexidade do SUS na Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil

Rita de Cassia Gabrielli Souza Lima¹, Denis William Gripa², Nadya Batista³

¹ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Docente e Pesquisadora da Universidade do Vale do Itajaí, Brasil. rita.lima@univali.br

² Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Brasil. Docente do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. denisgripa@hotmail.com

³ Acadêmica do curso de Graduação de Odontologia, Universidade do Vale do Itajaí, Brasil. nadyabatista@gmail.com

Resumo. O artigo analisa as determinações históricas do desenvolvimento real das ações e serviços de média complexidade do Sistema Único de Saúde, em municípios da Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil. Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, forjada na dinâmica do trabalho de campo de uma pesquisa estadual sobre o Programa Mais Médicos. A análise da categoria *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu, sob ameaça de tubarão*: o retrato da diferenciação social, conduzida pelo método ético-político, identificou seis determinações que foram discutidas a partir do diálogo da historicidade do objeto e da interrogação de suas inclinações contraditórias. A análise sinalizou que a diferenciação social, imposta pela desigualdade de condições entre os municípios para garantir a média complexidade do SUS, reflete uma face ambígua e conflitiva do federalismo brasileiro. Pesquisas futuras são oportunas.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Planejamento Regional. Federalismo

Research on health setting: ethical and political analysis on the SUS average complexity in the West Meso-region of Santa Catarina, Brazil

Abstract. This article analyses the historical determinations of the actual development of SUS average complexity actions and services in municipalities of the West Meso-region of Santa Catarina, Brazil. It is an exploratory-descriptive type qualitative research forged within the dynamics of a field work of a state survey on the More Medical Doctors Program. The analysis of the category *We go on as a small fish like the lambari, dreaming to be a porcupine fish under a shark menace*: the portrait of the social differentiation, guided by the ethical and political method, has identified six determinations discussed from the dialogue of the object historicity and from the interrogation of their contradictory inclinations. The analysis evidenced that the social differentiation imposed by the inequality of conditions among the municipalities to guarantee the SUS average complexity, reflects an ambiguous and conflicting face of the Brazilian federalism. Future researches will be welcome.

Keywords: Qualitative Research; Brazilian Unique Health System; Regional Planning; Federalism.

1 Introdução

O artigo identifica e analisa as determinações históricas do desenvolvimento real das ações e serviços de média complexidade do Sistema Único de Saúde, em municípios da Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil. Na especificidade ora empreendida, compreende-se as determinações históricas do desenvolvimento real como aquelas produzidas no processo histórico e instauradoras da situação atual de ameaça de insustentabilidade da garantia de média complexidade.

O estudo corresponde a um desdobramento da pesquisa estadual Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), e realizada com o apoio direto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), no período 2015-2017.

O SUS foi concebido como uma política social de caráter federativo, com comando único em cada esfera de governo, de cobertura universal às ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, em bases descentralizadas e participativas (Constituição Federal, 1988).

Em sua trajetória, o sistema tem se constituído em um processo de construção social alimentado por legados, relações intergovernamentais, políticas macroeconômicas, forças sociais, avanços e recuos democráticos, e dirigido por um amplo e complexo arcabouço jurídico-legal e regulamentário. Ao longo de mais de trinta anos de vida, o Sistema vem se relacionando com conferências de saúde, leis, portarias, decretos, resoluções, normas, medidas provisórias, planos, programações, pactos, e contratos.

A média complexidade do SUS corresponde a um conjunto de ações e serviços de saúde dependente de profissionais especializados e de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Abrange procedimentos médicos especializados; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiognóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e anestesia (Ministério da Saúde, 2007).

A iniciativa de colocar em pauta as determinações históricas do desenvolvimento real das ações e serviços de média complexidade do SUS, no contexto de municípios do Oeste catarinense, surgiu do desejo e da necessidade manifestados pelos gestores na ocasião da coleta de dados qualitativos da pesquisa estadual. As entrevistas coletivas, orientadas por roteiro semiestruturado, tinham por objetivo a investigação de projetos do provimento do Programa Mais Médicos, mas a conjuntura política acabou impulsionando a manifestação sobre a descentralização do SUS.

Defendendo a compreensão de que uma das características do *setting* natural de pesquisas qualitativas é a possibilidade de emergência de conteúdos não previstos pelo estudo, deliberou-se por acolher o desejo e necessidade dos gestores por meio da incorporação da seguinte pergunta, no roteiro semiestruturado: Que desafios a gestão municipal tem enfrentado para garantir as ações e serviços de média complexidade do SUS?

Ao forjar-se na dinâmica experimentada com secretários municipais de saúde, a abertura para o tema contribuiu para validar a assertiva de que o estudo qualitativo se desenvolve na liberdade do *setting* natural, no qual o pesquisador busca iluminar os sentidos que as pessoas ou coletivos dão para os fatos que atravessam o cotidiano da vida, em relação a um dado objeto. (Wilson, 1985).

2 Percorso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí, SC, sob o número 1.221.920, em consonância com as determinações da Resolução MS/CNS 466/2012.

2.1 Caracterização social do Oeste catarinense

A Mesorregião Oeste possui em torno de 1.300.000 habitantes, distribuídos em 131 municípios, o que representa 44% do total dos municípios e 20% da população catarinenses. (SES/SC, 2017).

Esta Mesorregião foi selecionada como prioritária para ações e investimentos diferenciados, pela Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR, instituída pelo Decreto Federal nº 6.047/2007. Gestada no segundo governo Lula, a PNDR distinguiu 13 mesorregiões brasileiras, visando à redução das desigualdades regionais de nível de vida e, portanto, ao desenvolvimento regional mais equânime. (Decreto nº 6.047, 2007).

De acordo com a PNDR, o Oeste catarinense integra a Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul, juntamente com 223 municípios do norte do Rio Grande do Sul e 42 do sudoeste do Paraná. Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), esta Mesorregião detém pouco mais de um décimo do PIB da Região Sul, e possui um PIB per capita (US\$ 3.285) 40% (quarenta por cento) menor que o da Região Sul (US\$ 5.320). (Decreto nº 6.047, 2007).

2.2 Sujeitos de pesquisa e cenários

A pesquisa foi realizada com 51 secretários municipais de saúde de municípios que haviam aderido aos projetos do Programa Mais Médicos: projeto Mais Médicos para o Brasil, voltado para o chamamento de médicos brasileiros e intercambistas para a atenção básica do SUS (Lei nº 12.871, 2013), e/ou projeto de cooperação Mais Médicos, gerado por um acordo de cooperação entre Brasil e Cuba, com a mediação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), para fins de viabilizar o provimento de médicos cubanos à atenção básica do SUS. (OPAS, 2015).

Os encontros foram realizados entre abril e julho de 2016, em seis municípios catarinenses do Oeste: Chapecó, Xanxerê, São Miguel D'Oeste, Concórdia, Videira e Joaçaba. Em função do apoio recebido da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), na representação do então Diretor de Educação Permanente e dos coordenadores das Comissões Intergestores Regionais (CIR) locais, a coleta de dados pôde ser realizada no ambiente das reuniões mensais das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Ela foi incorporada como pauta nas agendas das respectivas reuniões, em cada um dos seis municípios, o que permitiu a sua realização em todas as Regiões de Saúde da Mesorregião.

A CIR representa o antigo Colegiado de Gestão Regional (CGR). Constituídas pela administração pública estadual, em 2013, e orientada por regimento interno, essa Comissão é composta por secretários municipais de saúde e gerentes regionais de saúde (braço estadual). É neste Fórum que os municípios de uma dada região de saúde articulam, negociam, propõem, pactuam, e deliberam, em conjunto, sobre a operacionalidade do SUS e sobre o arranjo organizacional e funcional das ações e serviços de saúde da rede regional de atenção, em conformidade com as definições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A Mesorregião Oeste possui 06 (seis) CIRs, distribuídas homogeneamente em suas Regiões de Saúde. (SES/SC, 2017).

Em Chapecó e São Miguel do Oeste, as reuniões aconteceram nas sedes das Secretarias de Desenvolvimento Regional/SES/SC. Em Xanxerê, Concórdia e Videira, nas respectivas Associações de Municípios. Em Joaçaba, o encontro se deu em uma associação comunitária. O tempo estimado de entrevista variou de 25min a 2h07min. A grande maioria dos secretários (ou representantes) presentes, de municípios que haviam aderido ao provimento do Programa Mais Médicos participaram das entrevistas.

2.3 Organização e análise dos dados

Na etapa de transcrição dos dados, salientamos o respeito às falas proferidas, no sentido de preservar todo o conteúdo exposto pelos sujeitos da pesquisa, inclusive os conteúdos que transcendem as palavras ditas. Para Bourdieu (1999) a transcrição dos dados está submetida a dois conjuntos de exigências: a fidedignidade em relação às falas dos sujeitos; e a atenção aos elementos que perpassam a entrevista, tal como pausas, pontuações, entonações e pronúncias.

Após as transcrições, procedeu-se à exploração cuidadosa do material, por meio de leituras para eleger unidades de análise (variáveis). Esse momento gerou duas variáveis (Quadro 1): desafios da atenção básica na rede regionalizada e hierarquizada; e garantia de ações e serviços de média complexidade. Este manuscrito expõe a análise da segunda variável.

Em seguida, o material foi organizado no software Atlas.ti®, em uma unidade hermenêutica nomeada “Média Complexidade Oeste”. Frases incompletas, desprovidas de sentido, e vícios de expressão muito repetidos foram excluídas. Leituras sucessivas foram empreendidas para fins de seleção de unidades de registro (menções/citações), atribuição de códigos (códigos) para as unidades de registro selecionadas e para a produção de memoriais (memos).

A grande maioria dos códigos foi gerada do arcabouço teórico-epistemológico do estudo; entretanto, alguns emergiram da revisão sobre aspectos históricos da formação econômico-social do Oeste, efetuada no processo de desenvolvimento da coleta. Uma vez finalizada a etapa de seleção de unidades de registro e a atribuição de códigos (total = 26) procedeu-se à categorização. Em virtude de os autores optarem por categorizar o material a partir da integração dialógica das vertentes epistemológica, instrumental e reflexiva (Minayo, 2014), o procedimento analítico não foi realizado com o auxílio do software.

A análise foi conduzida pelo método ético-político, inspirado no método “posto que” (Manacorda, 2012, p. 39), desenvolvido por Antonio Gramsci e executado no diálogo da historicidade do objeto e da interrogação de suas inclinações contraditórias. Esta modalidade metodológica permite que o produto do diálogo gere questões novas à espera de uma resposta nova para subseqüentes processos deliberativos (Quadro 1).

Ainda que as três vertentes analíticas não tenham sido trabalhadas de modo isolado, mas por um contínuo atravessamento dialógico, torna-se oportuno descrevê-las linearmente visando a uma maior compreensão do processo de categorização. Na perspectiva epistemológica, focou-se a dialética entre o SUS concebido constitucionalmente como uma rede regionalizada e hierarquizada a ser conduzida por um Estado federal democrático, cujo governo central tem o papel redistributivo e redutor de desigualdades, e executada por entes federados autônomos, soberanos e desiguais, do ponto de vista da organização política, estratégica e social. Na perspectiva instrumental, buscou-se apreender em que medida a corresponsabilidade e a cooperação entre municípios desiguais, no âmbito do porte populacional, tem-se apresentado com possibilidades para a efetivação da regionalização hierarquizada no plano do real. Já na perspectiva reflexiva procedeu-se a uma aproximação entre os enfoques epistemológico e instrumental, e a fala de dois gestores - *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu (O30)*¹, *sob ameaça de tubarão (O31)*. Do diálogo expresso por esta aproximação, emergiu a categoria do estudo.

Vale ressaltar que durante toda a etapa de organização e análise dos dados, deu-se importância ao contexto sociocultural apresentado pelos entrevistados, tomando como base a ideia de que o homem é um sujeito interativo que se constrói socialmente enquanto participa de maneira ativa da construção social (Vygotsky, 1984). Esta relação dialética entre sujeito e sociedade se mostra na construção da categoria analítica deste escrito. A metáfora *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu (O30)*, *sob ameaça de tubarão (O31)*, categoria do estudo, expressou a cultura local da regionalização do SUS, reunindo o grande contingente de reflexões e críticas sobre o processo regional e ressonando na quase totalidade das entrevistas coletivas. Percebeu-se que a sua criação e utilização contribuiu para quebrar a resistência à abertura ao tema, uma vez que o foco das entrevistas era outro: os projetos do provimento do Programa Mais Médicos.

Na relação estabelecida com a cultura manifestada pelos dados, foi possível reconhecer o uso da reflexividade dirigida por parte dos gestores que desejavam e necessitavam expor os desafios da média complexidade. O diálogo desenvolvido sobre o tema, na ambiência das entrevistas coletivas, mostrou-se orientado pela reflexividade dirigida, ferramenta de cunho ético potencialmente capaz de coordenar análises de realidade e tomadas de decisão.

¹ O anonimato dos sujeitos foi preservado, utilizando-se a letra O acrescida de números.

Os códigos atribuídos às unidades de registro sinalizaram que o desafio de base do processo de regionalização na Mesorregião Oeste está no enfrentamento da diferenciação social, instalada por realidades desiguais, em termos de condições de oportunidades para garantir a média complexidade com qualidade. Nesta linha compreensiva, deu-se a emergência da categoria de análise: *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu (O30), sob ameaça de tubarão (O31)*: o retrato da diferenciação social.

Tabela 1. Variáveis de análise, de acordo com objeto, método e categoria.

Objeto	Método	Categoria de análise	Variáveis	Unidades de análise
Regionalização da Mesorregião Oeste de Santa Catarina	Ético político	<i>Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu, sob ameaça de tubarão</i> : o retrato da diferenciação social	Desafios da atenção básica na rede regionalizada e hierarquizada Acesso a ações e serviços na média complexidade	1. Atribuições operacionais e fiscais dos entes federados 2. Processo de desenvolvimento regional 3. PPI 4. Porta de entrada urgência e emergência 5. Associativismo 6. Emendas parlamentares

3 Resultados e discussão

Depoimentos revelaram a ausência das devidas atribuições operacionais e fiscais dos entes federados no planejamento, financiamento e execução da média complexidade como uma determinação histórica da ameaça atual de insustentabilidade, deste nível de atenção, em municípios de pequeno porte.

As “normas legais maiores” (Ministério da Saúde, 2007, p. 24) não expressaram claramente as atribuições do Estado, estados e municípios, refletindo um modo imprudente de operacionalizar o SUS e atestando a impossibilidade de concretização de efetivos serviços de saúde regionais e hierarquizados. Ao longo da década de 1990, a presença, a um só tempo, de forte grau de municipalização e de expressiva capacidade regulatória do Ministério da Saúde acabou gerando um quadro de relações intergovernamentais hegemônicas nas relações entre esfera nacional e gestores municipais. Não se observou, naquele período, a organização regionalizada, instituída pelo ordenamento federal, uma vez que os estados não se apresentaram com atuação expressiva no planejamento das ações. Algumas circunstâncias históricas foram apresentadas como prováveis razões explicativas, pela literatura da década: o objetivo altamente eloquente da descentralização pela Constituição de 1988, a defesa do municipalismo pelo Movimento da Reforma Sanitária, a herança centralizadora da política de saúde brasileira e o caráter centralizador da agenda das reformas econômicas efetuadas pelo Plano Real. (Ouverney, 2015).

A regulamentação da organização do SUS, instituída pelo Decreto nº 7.508/2011 representou um avanço ao buscar, com o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), uma gestão compartilhada interfederativa, mas não clarificou “o que cabe a quem”, no âmbito da média complexidade. (Decreto nº 7.508, 2011). Pesquisa realizada com gestores estaduais da saúde sobre o COAP, no Ceará, revelou incipiente institucionalidade deste instrumento jurídico no SUS e inoperância para o alcance de seus princípios, uma vez que não foram enfrentados problemas estruturais, em âmbito de cooperação interfederativa. (Goya et al., 2017). Essas lacunas acabam inserindo a discussão no marco do federalismo brasileiro.

Em interlocução com a lacuna de atribuições operacionais e fiscais dos entes federados, os dados apontaram para o processo de desenvolvimento regional do Oeste, indicando-o como uma segunda determinação histórica da problemática da média complexidade. Esta determinação parece atrelada,

por sua vez, à formação econômico-social da Mesorregião, que sofreu profundas modificações ao longo da história. De 1940 a 1980, a região passou por três tipos de formação econômico-social: a agrícola colonial, a suinocultura e o sistema agroindustrial, com este último adotando a partir dos anos 80 estratégias de concentração de produção que transformaram a relação entre agricultura familiar e o capital agroindustrial do Oeste. (Coletti, 2009).

Com a incursão na formação econômico-social do Oeste, em perspectiva histórica, foi possível apreender que o modo como os vários sistemas produtivos foram se impondo parece ter produzido um modo de ser subsumido nos pequenos municípios em relação aos detentores do capital agroindustrial, o que contribuiu para o retrato de diferenciação social. Na relação com Chapecó, por exemplo, município que reúne expressivo montante do capital agroindustrial do Oeste e é polo regional do SUS, municípios de pequeno porte se mostraram apequenados.

No ano em que a coleta era realizada, 2016, a Secretaria de Planejamento/SC elaborava um Mapa de Elegibilidade definindo as regiões prioritárias para ações de governo, com base em um estudo sobre Desenvolvimento e Redução das Desigualdades Regionais. Segundo o Mapa, a Mesorregião Oeste é constituída por municípios em transição e menos desenvolvidos. Doze Agências de Desenvolvimento Regional (ADRs) passaram a atuar nas ditas regiões prioritárias, em que se encontram 84 municípios com um baixo ritmo de desenvolvimento econômico, com enfoque nas cadeias produtivas locais. Das doze ADRs, cinco estão localizadas no Oeste. (Secretaria de Planejamento/SC, 2016).

Não é difícil compreender as razões que levam um número expressivo de municípios do Oeste a imprimir um “ritmo lento” no desenvolvimento econômico, o que se constata no número de ADRs ali constituídas. Também não exige esforço intelectual a compreensão de que, para resistir à condição imputada pelo modo de produção, muitos dos pequenos produtores vivem em municípios *lambaris* e dependem do SUS para dinamizar o “ritmo produtivo”.

Em se mostrando *lambaris dispersos*, secretários municipais de saúde pareciam expor um vazio de condições de possibilidades para prover a tão cara articulação ao enfrentamento ao “desafio do justo” (Diniz, 2009, p. 2) da política de regionalização: compor uma bacia hidrográfica, rica na diversidade e pautada na equidade, isto é, respeitando as diferenças sociais e procurando investir mais onde as injustiças sociais e econômicas são mais expressivas. Participantes não revelaram o desejo em ser *tubarão* (O29), mas o de se tornar *baiacu*, pois este *quando vê perigo fica todo estufado* (O30). O desejo e a necessidade de ser um *baiacu*, para enfrentar o *perigo*, apareceu na forma de uma construção social, em que o *perigo* não parece ser o suposto *tubarão* em si, mas os privilégios a eles conferidos por algumas facilidades oportunizadas pela lógica da regionalização.

Gestores também revelaram a programação pactuada integrada (PPI) como um histórico desafio para a garantia de ações de média complexidade: [...] *as pactuações programadas não funcionam mesmo* (O22) [...] *agora, parece que a gente vai conseguir implantar o COAP [...] coloco muita fé neste instrumento de pactuação que o Ministério da Saúde tá tentando [...] os gestores de municípios grandes têm pavor* (O28).

A Norma Operacional Básica/96 (NOB/96) referiu a PPI como a ferramenta de alocação de recursos para a garantia das ações e serviços de média complexidade. (Portaria nº 2.203, 1996). O Pacto de Gestão (Portaria nº 399, 2006), instituído dez anos depois da criação da NOB/96, descreveu-a como um processo dirigido para a programação das ações de saúde em cada território, com vistas à alocação de recursos financeiros para saúde “a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores”. Neste processo, os “gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados em nível nacional e estadual”. A Portaria nº 4.279/2010, que estabeleceu as diretrizes para as redes de atenção à saúde no âmbito do SUS concebeu-a como “uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos”.

A relação entre os dados e os documentos operacionais acima citados gerou questionamentos: que perspectiva de equidade o Executivo estadual utiliza para conduzir a harmonização das Programações e flexibilizá-las? Que perspectiva de equidade e qual modelo de alocação de recursos conduzem os parâmetros e critérios que norteiam o que fica e/ou o que sai de cada PPI construída por cada gestor municipal, de município *lambari* e *tubarão*? Como o Executivo estadual socializa o *modus operandi* com gestores municipais?

Do ponto de vista da equidade como justiça social, é de se esperar que o Executivo estadual eleja um marco conceitual de equidade para, a partir deste, definir os critérios e parâmetros que estarão elegendo princípios de distribuição, classificando populações e estabelecendo estratégias de distinção. É de se esperar, também, que este Executivo socialize o processo de equacionamento com gestores municipais.

Consultando o Plano Diretor de Regionalização/SC/2012, totalizando cento e trinta e três páginas, observa-se que a PPI está descrita em menos de uma página como “um processo instituído no Sistema Único de Saúde que deve ser realizado pelos estados” (SES/SC, 2012, p. 83). De todo modo, sua execução parece estar com os dias contados em Santa Catarina.

O depoimento supracitado sinaliza que o COAP estará alcançando, em breve, o plano da materialidade no estado. De acordo com art. 36, do Decreto 7.508/2011, o Contrato prevê a identificação das necessidades de saúde locais e regionais, a oferta de ações e serviços em âmbito regional e inter-regional, e a assunção de responsabilidades dos entes federados, “as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde”.

A necessidade de os pequenos municípios (*lambaris*) destinarem recursos para manter a porta de entrada de urgência e emergência também apareceu como uma determinação histórica da ameaça de insustentabilidade da média complexidade: [...] *não é justo que a gente gaste uma fortuna pra fazer a porta de entrada de urgência e emergência, isso está comprometendo a nossa cobertura de atenção básica e a média* (O36).

A porta de entrada de urgência e emergência também foi criada pelo Decreto nº 7.508/2011. No ano seguinte, o Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde/SGEP/MS publicou um Caderno de Informações para a Gestão do SUS onde descreveu genericamente as diretrizes da reorganização do acesso. (Ministério da Saúde, 2012).

Na prática, a porta de entrada de urgência e emergência corresponde a *hospitais de pequeno porte e setores de hospital regional* (O37). Eles são *bancados quase que na sua totalidade pelos municípios* (O37), isto é, o orçamento da saúde do município transfere recursos ao hospital privado para que ele receba o paciente e o avalie, em sua urgência ou emergência. Se houver necessidade de transferi-lo ao hospital regional de referência, o município também *deve arcar com o transporte* (O37). Se a questão for do âmbito da atenção básica, ele é encaminhado à unidade básica. Em caso de o município pequeno não ter hospital de pequeno porte, a sua porta de entrada de urgência e emergência pode ser gerada por meio de *convênio* (O37) com outro município. Caso esta possibilidade não se apresente, *o paciente é levado para o hospital regional de referência* (O37); neste caso, sem custos para o município.

Esta questão gerou um amplo debate, entre os secretários. Apreendeu-se que a criação do fluxo de porta de entrada de urgência e emergência com o *hospital regional de referência* (O37) só seria adequada se os hospitais regionais efetivamente fossem estruturados para garantir atenção ao contingente regional, uma vez que, na prática, *a maior parte do atendimento de urgência e emergência em hospital regional é dirigido para os próprios moradores locais* (O38), do município por eles chamados *tubarão*. Não raramente, *a superlotação em urgência e emergência de hospital regional*

(O38) é imputada aos pequenos municípios, quando na realidade a superlotação advém de demandas locais. Segundo gestores de pequenos municípios, esta imputação é feita pela CIB.

Relatos de gestores de pequenos municípios expuseram, ainda, a opção pelo associativismo, na modalidade consórcio público, como uma estratégia potencialmente favorável para o fortalecimento dos ditos *lambaris*. No entanto, há um preço a ser pago: [...] *quando a gente se junta em nível de consórcio pra barganhar preço na média complexidade a gente pode ir pra fogueira pelo mercado das especialidades* (O38). Fogueira no sentido de o município ser descredenciado pela clínica. Ainda assim, os autointitulados *lambaris* encontram amparo em consórcios públicos e já conseguiram, em ocasiões de sufoco, [...] *a volta do preço SUS pela clínica* (O39). Oportuno comentar que relatos sinalizaram que *tubarão* não entra nesta luta, pois tem garantida a média complexidade em hospital regional.

Vários municípios de pequeno porte do Oeste contam com Associações de Municípios, criadas para fortalecer a gestão e defender o municipalismo. A Federação Catarinense de Municípios, com mais de quarenta anos de história, reúne 21 Associações de Municípios catarinenses, sendo que 09 estão na Mesorregião Oeste. Uma das formas de associativismo é o consórcio público, acordo firmado entre municípios com o objetivo de agregar esforços para alcançar fins comuns, por exemplo, a compra de serviços em preços melhores dos que se apresentam pelo mercado a um único município. (Federação Catarinense de Municípios, 2017).

Esta modalidade associativa é um produto histórico brasileiro. No âmbito do SUS, o consórcio público foi garantido pelo Art. 241 da Constituição de 1988. Este Artigo foi reescrito pela Emenda Constitucional n. 19/1998, que passou a garantir a gestão associada de serviços públicos para a realização de objetivos de interesse comum. Posteriormente, foi regulamentado pela Lei n. 11.107/2005. Neste sentido, a sua trajetória jurídico-institucional não foi tímida.

O que levam os municípios de pequeno porte do Oeste a investir, com confiança, no consórcio público parece ser um limite de cooperação interfederativa: [...] *os municípios pequenos continuam tendo que fazer média complexidade única e exclusivamente com recursos próprios via consórcio. A gente tem que comprar de clínicas consultas, exames, cirurgias ou conseguir com outros serviços que a gente acaba criando* (O39). Este mecanismo acaba fazendo com que os municípios fiquem *reféns do mercado das especialidades* (O39).

Emendas parlamentares também determinam historicamente o desenvolvimento real da desigualdade de condições para a garantia da média complexidade: [...] *não faltam caixinhas com emendas parlamentares e projetos de deputados em reuniões de hospitais* (O34).

A emenda parlamentar foi instituída pela Constituição de 1988, em contexto de definição de formas de participação do Poder Legislativo no processo orçamentário do Executivo. Naquele momento histórico, a redemocratização favoreceu a ideia-força de um maior equacionamento entre os poderes, neste caso, Legislativo e Executivo. Nesta “onda”, a emenda parlamentar foi criada como um instrumento para a integração entre planejamento e orçamento. Porém, ao se inserir na lógica e regras do jogo do sistema político, o mecanismo acabou assegurando a “sobrevivência política” de grande parte de congressistas e atuando como “moeda de troca” do Executivo Federal: destinar projetos de emenda a territórios específicos de seu interesse, isto é, votando nos Projetos apresentados pelo Executivo Federal, os senhores deputados têm suas emendas liberadas. As emendas têm muita visibilidade em termos de equipamentos, veículos, medicamentos (Baptista et al., 2012, p. 2268), assinatura de convênio com hospitais, dentre outras.

Observa-se, neste *modus operandi* do sistema político, de interesses não públicos, o quão distante parecem estar as condições de possibilidades para que o Estado brasileiro possa concretizar políticas públicas equânimes, em termos de acesso regionalizado e hierarquizado; isto é, políticas públicas voltadas para o enfrentamento das históricas desigualdades injustas entre seu maior contingente municipalista - *lambaris* -, e seu menor contingente - *tubarões*. A fala expressa por um gestor, carregada de indignação, sobre [...] *não faltam caixinhas [...]* (O34) gera a percepção de que as

emendas parlamentares fortalecem o desafio de base discutido neste texto: a diferenciação social entre os municípios da Mesorregião. Em outras palavras, em função das condições inerentes ao sistema político brasileiro, elas atuam como mecanismos geradores de desigualdade distributiva de condições de garantia do nível médio de complexidade do SUS.

Esta realidade desafia a necessidade intransigente de a sociedade política assumir o SUS na perspectiva do interesse público, pois o sentido que o federalismo imprime na luta por um processo justo de regionalização da saúde é o interesse público. Ao mesmo tempo em que interesse público pode representar a dimensão ética da escolha pública democrática, constituindo-se no valor que torna realidade o Sistema que a Constituição definiu como regionalizado, interesse público constitui-se na própria finalidade do SUS conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Em outra abordagem, o interesse público inicia e completa o Sistema conquistado. Inicia e completa a média complexidade, conquistada como universal e equânime em seu acesso.

No entanto, como alavancar esta necessidade histórica em tempos não democráticos?

4 Considerações

O estudo apresentado neste artigo buscou identificar e analisar as determinações históricas implicadas na garantia da média complexidade do SUS em municípios da Mesorregião Oeste catarinense. Com base na categoria *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu, sob ameaça de tubarão*: um retrato da diferenciação social, identificou-se seis determinações: lacuna nas atribuições operacionais e fiscais de entes federados relacionadas à média complexidade; subsunção de pequenos municípios no processo de desenvolvimento regional; caráter iníquo da programação pactuada integrada; necessidade de os pequenos municípios garantirem a porta de entrada de urgência e emergência; o preço pago pelo associativismo; e efeitos de emendas parlamentares.

Apreendeu-se que o sonho em ser *baiacu* aparece na forma de construção social, em que o perigo parece ser representado pelos privilégios conferidos a município(s) iluminado(s) pela lógica da regionalização: *tubarão*.

No âmbito do recorte do estudo, o federalismo brasileiro apresenta uma face ambígua e conflitiva. A tão almejada redução da diferenciação social, gerada por desigualdades de condições entre os municípios, para a consecução de uma regionalização efetiva do SUS, apresenta-se à espera de ventos desafiadores ao injusto. Fica a compreensão de que, enquanto esses ventos não chegam, os municípios pequenos, autointitulados *lambaris* dispersos, devem investir nos espaços de consenso em que se sentem em igualdade de condições, preservando a reflexividade dirigida manifestada: [...] *o ambiente pra se discutir e brigar e se tornar um baiacu é na CIR porque na CIR somos todos iguais* (O35).

Agradecimentos. Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento oportunizado para a realização da pesquisa Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) pelo apoio direto.

Referências

Baptista, T.W.F., Machado, C.V., Lima, L.D., Garcia, M., Andrade, C.L.T., Gerassi, C.D. (2012, Dezembro). As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 28(12), 2267-2279.

- Bourdieu, P. (1999) *A miséria do mundo*. Tradução de Mateus S. Soares. Petrópolis: Editora Vozes.
- Coletti, T. (2009). *Agroindústria suinícola e agricultura familiar: uma crônica sobre a trajetória histórica no oeste catarinense* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Constituição Federal do Brasil. (1988). Recuperado em 22 de fevereiro, 2016 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao.
- Decreto nº 6.047. (2007). *Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR e dá outras providências*. Diário Oficial da União.
- Decreto nº 7.508. (2011). *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Diário Oficial da União.
- Diniz, D. (2009). *Discurso*. Supremo Tribunal Federal, *Audiência Pública Judicialização da Saúde*. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Cronograma>
- Emenda Constitucional nº 19. (1998). *Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública [...]*. Diário Oficial da União.
- Federação Catarinense de Municípios. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de <http://fecam.org.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/75286>
- Goya N., Andrade, L.O.M., Pontes, R.J.S., Tajra, F.S., Barreto, I.C.H.C. (2017, Abril). Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. *Ciência & saúde coletiva* 22(4), 1235-1244.
- Lei nº 11.107. (2005). *Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências*. Diário Oficial da União.
- Lei nº 12.871, (2013). *Institui o Programa Mais Médicos [...] e dá outras providências*. Diário Oficial da União 2013.
- Manacorda, M.A. (2012) *Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica*. Roma: Riuniti.
- Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Assistência de Média e Alta Complexidade do SUS*. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2012). *Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS*. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf

- Organização Pan-americana da Saúde - OPAS. (2015). *Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos*. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827
- Ouverney, A.L.M. (2015). *Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990* (Tese de Doutorado). Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Portaria nº 2.203. (1996). *Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96 [...]*. Diário Oficial da União 1996.
- Portaria nº 399. (2006). *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário Oficial da União.
- Portaria nº 4.279. (2010). *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União.
- Secretaria de Planejamento de Santa Catarina. (2016). *Governo do Estado apresenta programa para reduzir desigualdades regionais*. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de <http://www.sc.gov.br/mais-sobre-desenvolvimento-social/19609-governo-do-estado-apresenta-programa-para-reduzir-desigualdades-regionais>
- Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – SES/SC. (2012) *Plano Diretor de Regionalização*. Recuperado em 09 de janeiro, 2018 de http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=249
- Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – SES/SC. Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28
- VIII Conferência Nacional de Saúde. (1986). Recuperado em 30 de dezembro, 2017 de, <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio>.
- Vygotsky, L.S. (1984) *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Wilson, H.S. (1985, Abril). *Field Methods: Research in the Natural Setting*. *Journal of Nursing Administration*, 15(4), 5-7.