

“CONTINUAMOS LAMBARIS DISPERSOS, SONHANDO EM SER BAIACU, SOB AMEAÇA DE TUBARÃO”. O TRABALHO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE, A PARTIR DE SUA PRÓPRIA PERSPECTIVA E DA DETERMINAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

“WE CONTINUE BEING THE DISAGGREGATED SMALL FISH LAMBARIS, DREAMING OF BEING THE BAIACU, UNDER THE MENACE OF A SHARK”. THE WORK OF MUNICIPAL HEALTH MANAGERS FROM THEIR OWN PERSPECTIVE AND FROM THE SOCIAL AND HISTORICAL PERSPECTIVE

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹

Denis William Gripa²

Nadya Batista³

Resumo: O cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde tem sido atravessado historicamente pela necessidade de clarificação das competências das esferas federativas, no que tange ao financiamento da média complexidade. O estudo teve por objetivos analisar algumas determinações históricas do desenvolvimento real das ações e serviços de média complexidade, em municípios da Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil, na visão de gestores municipais de saúde. Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, deflagrado no bojo do trabalho de campo de uma pesquisa catarinense sobre o Programa Mais Médicos. As determinações identificadas foram submetidas à análise ético-política, com base no diálogo entre a historicidade do objeto e suas tendências contraditórias. A análise revelou que há um longo caminho a ser trilhado, para que o arranjo operacional da regionalização do SUS seja institucionalizado de modo justo e efetivo, na Mesorregião do Oeste catarinense.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Média Complexidade; Planejamento Regional; Determinação histórica.

Abstract: The daily services of the Brazilian Unique Health System have been crossed historically by the need to clarify the competencies of the federative spheres, with regard to the financing from the medium complexity. The objective of the study was to analyze some historical determinations of the real development of actions and services of medium complexity, in municipalities of Mesoregion West, Santa Catarina, Brazil, in the view of municipal health managers. A qualitative study, of the exploratory-descriptive type, started in the field work of a research from Santa Catarina on the Mais Médicos Program. The determinations identified were submitted to ethical-political analysis, based on the dialogue between the historicity of the object and its contradictory tendencies. The analysis revealed that there is a long way to go so that the operational arrangement of the regionalization of the SUS is institutionalized in a fair and effective way in the Mesoregion of West of Santa Catarina.

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente e Pesquisadora da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina, Brasil. E-mail: rita.lima@univali.br

² Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Docente do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), Farroupilha, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: denisgripa@hotmail.com

³ Acadêmica do curso de Graduação de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina, Brasil. E-mail: nadyabatista@gmail.com

Keywords: Qualitative Research; Brazilian Unique Health System; Average Complexity; Regional Planning; Historical Determination.

1 Introdução

Toda política pública nacional de saúde requer a realização de processos de implementação, em diferentes níveis, sem os quais não há condições para tecer os processos operacionais.

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição de 1988 como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, integrados por uma rede hierarquizada e regionalizada, no contexto de um federalismo cooperativo (BRASIL, 1988), os processos de implementação são realizados em âmbito estadual e local. Tais processos, entretanto, não são despidos de complexidade, uma vez que de um lado, uma rede hierarquizada é de natureza piramidal, organizada por níveis de complexidade crescente (SANTOS, 2017), e a rede regionalizada exigida pelo SUS é de natureza poliárquica (porque viva), organizada por pontos de atenção à saúde interligados e integrados, cuja conformação lógica exige economia de escala, acesso e qualidade dos serviços, além de um sistema logístico para orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos, e informações (MENDES, 2011).

Em perspectiva histórica, Albuquerque e Viana (2015) identificaram três fases indutoras do SUS em rede, sendo cada uma delas relacionada com o modo como a estratégia regionalização é concebida na execução do SUS.

Na Fase I (2001-2005), a região era concebida como base territorial de planejamento da atenção à saúde, e ela não coincidia necessariamente com a divisão administrativa dos estados. Não havia um conceito específico de rede. Esse momento foi formalizado pela Portaria nº 373 (BRASIL, 2002) que instituiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas 01/2002. Na Fase II (2006-2010), a região era concebida de modo isolado da divisão administrativa dos estados; ainda não havia um conceito específico de rede, embora a política do SUS já descrevesse várias modalidades: rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços; redes de atenção à saúde; redes regionalizadas de atenção à saúde; redes regionais hierarquizadas estaduais; redes funcionais; e rede de cooperação entre os três entes federados. Esse momento foi formalizado pela Portaria nº 399, que instituiu o Pacto pela Saúde. Na Fase III (2011-atual), a região é concebida como um espaço geográfico contínuo, formado pelo agrupamento de municípios limítrofes. Define-se o conceito de Redes de Atenção à Saúde

(RAS) e um rol mínimo de ações e serviços. RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. O rol mínimo de ações e serviços de saúde engloba: Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial; Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância Sanitária. Esse momento é formalizado pela Portaria nº 4.279/2010, e pelo Decreto nº 7.508/2011 (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Em que pese à instituição das RAS do SUS e a disposição sobre a organização do SUS em rede, determinadas respectivamente pela Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010) e Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a), a sociedade usuária ainda não tem uma rede poliárquica justa (porque equânime) de fluxos operacionais. Um dos maiores entraves reside em nível de ações e serviços de média complexidade. De um lado, os caminhos percorridos por usuários do SUS, principalmente de municípios de pequeno porte, para acessar ações e serviços de média complexidade, têm-se caracterizado pela presença de muitas pedras, não raramente, intransponíveis. De outro, o cotidiano dos serviços do SUS tem sido atravessado historicamente pela necessidade de clarificação das competências das esferas federativas, no que tange ao financiamento da média complexidade, e necessidade contínua de estratégias para garantir acesso, de modo igual, a este nível de complexidade.

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; diagnóstico; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e anestesia (CONASS, 2011).

Estudo de caso qualitativo realizado sobre a gestão do processo de encaminhamento de usuários do SUS de municípios de pequeno porte para serviços de média e alta complexidades (MAC), na microrregião Almenara, integrante da macrorregião Nordeste de Minas Gerais, com o foco em um de seus municípios, observou que tanto a micro como a macrorregião respondem pela garantia de parte de serviços de MAC. Grande parte das necessidades dos usuários é garantida somente em Belo Horizonte, a 800 km de distância. O caso, Rio do Prado, município situado no Vale do Jequitinhonha, que tinha 4.506 habitantes em 2010, contava com apenas seis famílias com

renda superior a mais de cinco salários mínimos, o que aventava uma grande dependência da população local de serviços do SUS (SANTOS; RODRIGUES, 2014).

Outro estudo de caso qualitativo analisou o acesso de municípios de pequeno porte da 18ª Regional de Saúde do Paraná a serviços especializados do SUS. Examinando vinte e uma especialidades, com base em entrevistas com gestores municipais de saúde, os resultados caracterizaram a MC como um problema de expressiva magnitude na política de saúde local, em decorrência de ausência de especialistas, principalmente das áreas neuropediatria, vascular, proctologia, geriatria, endocrinologia e neurologia; dependência do setor privado, e diminuição do papel da União e do estado do Paraná na oferta de serviços e financiamento. Os municípios têm assumido uma sobrecarga financeira relacionada ao gasto total em saúde, em função desses fatores impostos à realidade (SILVA *et al.*, 2017).

Uma questão de ordem macro atravessa as dificuldades enfrentadas por sistemas locais para equalizar a garantia a média complexidade: a ausência de um pacto de responsabilização por parte dos entes federados, pautado na reciprocidade. A crise do federalismo brasileiro é realidade, no âmbito do SUS, e expõe um enredo conflituoso em que contracenam crises fiscais dos estados e consequente fragilidade na coordenação de políticas regionais; desigualdades profundas entre governos municipais, em termos de recursos financeiros, capacidades de governos e força de trabalho; fragilidade das instâncias de pactuação de políticas, entre outros (RIBEIRO; MOREIRA, 2016).

Neste artigo, toma-se como objeto as determinações históricas implicadas no desenvolvimento real das ações e serviços de média complexidade do SUS, na perspectiva de gestores municipais de saúde de 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 artigo corresponde a uma versão aprofundada do estudo publicado nas Atas do 7º CIAIQ – Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, intitulado “Pesquisando em setting de saúde: análise ético-política da média complexidade do SUS na Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil” (LIMA; GRIPA; BATISTA, 2018). Este estudo foi deflagrado no bojo 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.

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, 2018).

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 (BRASIL, 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) (BRASIL, 2007).

2.2 Sujeitos de pesquisa, instrumento e cenários

A pesquisa foi realizada por dois entrevistadores, com 51 secretários municipais de saúde de municípios que haviam aderido aos dois projetos do Programa Mais Médicos: Projeto Mais Médicos para o Brasil e ao Projeto de Cooperação Mais Médicos. O primeiro, instituído pela Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013) para facultar o ingresso de médicos brasileiros e intercambistas interessados em trabalhar na atenção básica. O segundo, 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, nos seis municípios polos da Mesorregião Oeste catarinense: Chapecó, Xanxerê, São Miguel D'Oeste, Concórdia, Videira e Joaçaba. Viabilizada pela Diretoria de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde da Santa Catarina (DEPS/SES/SC), a coleta de dados foi realizada por meio de seis entrevistas coletivas em reuniões mensais das Comissões Intergestores Regionais (CIR's), dos referidos municípios, o que permitiu a sua realização em todas as Regiões de Saúde da Mesorregião. Dos 51 participantes, seis foram entrevistados em Chapecó, dez em Xanxerê, treze em São Miguel D'Oeste, sete em Concórdia, dez em Videira e cinco em Joaçaba.

A CIR é uma organização de instância colegiada regional, de natureza permanente e articulação interfederativa, constituindo-se em um espaço ocupado por gestores municipais de saúde de uma dada Região de Saúde, para fins de negociação, proposição, pactuação e tomada de decisão sobre a operacionalização, organização e funcionamento das RAS do SUS (SES/SC, 2018). É neste espaço que gestores compartilham seus desafios de gestão, na especificidade de dificuldades, das mais variadas naturezas, para

garantir todos os pontos de atenção necessários a uma RAS efetiva às sociedades usuárias que representam. Esse foro de negociação foi objeto da Lei Orgânica da Saúde (LEI nº 8.080, 1990) e do Pacto pela Saúde, instituído em 2006, mas sua efetiva materialização se deu a partir da publicação do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a).

De acordo com o regimento interno da CIR catarinense, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina, as Comissões devem operar em uma lógica de co-gestão solidária, mediante a instituição de um processo de planejamento regional. É neste processo de planejamento que se estabelecem, por exemplo, as bases para a programação pactuada integrada de saúde (SES/SC, 2018).

A Mesorregião Oeste possui 06 (seis) CIR's, distribuídas homogeneamente em suas Regiões de Saúde. (SES/SC, 2018). Em Chapecó e São Miguel do Oeste, as reuniões aconteceram nas sedes das Secretarias de Desenvolvimento Regional/SES/SC. Em Xanxerê, Concórdia e Videira, as reuniões ocorreram 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. As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas.

2.3 Organização e análise dos dados

Durante a etapa da transcrição dos dados, buscamos preservar ao máximo o conteúdo exposto pelos sujeitos de pesquisa. Foram transcritas não apenas as palavras proferidas, mas como também as pausas, eventuais cochichos e conversas paralelas, valorizando tudo que compreendesse as distintas formas de expressão dos participantes. Esta perspectiva vai de encontro ao exposto por Bourdieu (1999), onde o autor nos traz que 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. Esse momento gerou duas unidades de análise (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”. Vícios de expressão muito

repetidos foram excluídas, tais como: né; então, né; assim, né. 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. O procedimento de análise não foi realizado com o auxílio do software, em virtude de os autores optarem por categorizar o material a partir da integração dialógica das vertentes epistemológica, instrumental e reflexiva (MINAYO, 2014).

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 tendências contraditórias. Esta modalidade metodológica permite que o produto do diálogo gere questões novas à espera de uma resposta nova para subsequentes processos deliberativos (Quadro 1).

Durante toda a etapa de organização e análise dos dados, vale destacar a importância do 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, construída como produto das interações entre sujeito e sociedade, é revelada na categoria analítica do estudo: *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu* (O30), *sob ameaça de tubarão* (O31). Expressando a cultura local da regionalização do SUS e reunindo o grande contingente de reflexões e críticas sobre o processo regional, a metáfora 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 mostrou-se orientado pela reflexividade dirigida, ferramenta de cunho ético potencialmente capaz de coordenar análises de realidade e tomadas de decisão.

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* (O30¹), *sob ameaça de tubarão* (031): o retrato da diferenciação social.

Quadro 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: o retrato da diferenciação social</i>	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

Fonte: Elaborado pelos autores

3 Resultados e discussão

A primeira narrativa sobre os desafios da média complexidade, para a gestão de saúde de municípios, foi sobre a baixa consecução de garantia da média complexidade, por parte da União e estado, sugerindo a efetiva participação das duas esferas na ameaça de sua insustentabilidade, em municípios de pequeno porte: *se a União e o estado fizessem bem média e alta complexidade nós poderíamos assumir 100% da atenção básica, o problema é que nós bancamos 80% da atenção básica e ainda mais 50% da média e alta complexidade [...] é insuportável, nós não temos consultas com especialidades, não temos exames, temos que fazer média complexidade única e exclusivamente com recurso nosso [...] eu sei que é tripartite [...]* (O28).

Uma análise política dos processos decisórios da Constituição de 1988, viabilizada por meio da leitura de textos-debate, identificou a crença de constituintes na capacidade unilateral dos enunciados jurídicos deflagrarem “práticas institucionais desejáveis”. A desvalorização do reconhecimento de que os enunciados exigiam, na prática política, uma “vontade convergente” de um número importante de atores que fazem o pulsar das instituições acabou restringindo o espaço potencial do texto para o estabelecimento de “parâmetros duradouros para a ação dos governos” (SOUZA, 2003, p. 53).

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

Em um ensaio sobre “Constituição, Governo e Democracia no Brasil”, observou-se que um tópico controverso da democracia brasileira, aventada neste século, é relativa ao fato de que a Constituição Federal vigente ainda não conquistou “condições de estabilidade e permanência”, conforme o texto parecia retratar “um novo estágio de maturidade política e de longevidade institucional”, em 1988. O desenvolvimento do real tem gerado a necessidade de os governos consecutivos a 1988 desenvolverem grande parte de seu arcabouço normativo na própria Constituição Federal, por meio de modificações, revogações e/ou acréscimos. As deliberações e implementação de políticas governamentais, após a promulgação da Carta, “não lograram adquirir uma rotina apenas infraconstitucional” (COUTO; ARANTES, 2006, p. 41-42).

De acordo com a Constituição Federal, Santa Catarina, como demais estados federados, “guarda total autonomia para elaborar e votar a sua Constituição e leis [...]; guarda [...] também o compromisso de fazer respeitar suas leis no âmbito de seu território” (BRASIL, 2018, p. 200).

Consultando a Constituição Estadual catarinense, vê-se três artigos referentes à saúde. De acordo com o Art. 9, Inciso II, compete ao Estado federado, juntamente com a União e os Municípios, cuidar da saúde e assistência pública. O Art. 10, Inciso XII, determina que compete ao Estado legislar, concorrentemente com a União, sobre proteção e defesa da saúde. No Art. 112, Inciso VII, observa-se que compete ao Município prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (SANTA CATARINA, 1989).

A Lei n° 8.080, reguladora das ações e serviços de saúde em território nacional, em seu Art. 4 (caput) dispôs que o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Em seu Art. 17, Inciso III, lê-se que compete à direção estadual do SUS prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Dez anos depois de sancionada a Lei Orgânica da Saúde, a Emenda Constitucional (EC) n° 29, de 13.09.2000, fixou, entre outros, o percentual mínimo de recursos a serem aplicados pelos estados (12%) e municípios (15%) em saúde. Em 2015, foi a vez da EC n° 86, de 07.03.2015, determinar a “obrigatoriedade de execução das programações orçamentárias derivadas de emendas individuais de congressistas” no projeto de lei orçamentária anual (BRASIL, 2018, p. 886). As emendas individuais são prerrogativas

de deputados e senadores, por meio das quais eles opinam ou intervêm sobre a alocação de recursos públicos, em face de compromissos políticos assumidos, junto a instituições, estados, municípios, para seu mandato (SENADO, 2018). Por meio da EC nº 86 (BRASIL, 2015), os congressistas conquistaram uma maior participação na definição de políticas públicas.

Essas releituras agregadas ao referencial teórico indicaram que as deliberações e implementações de políticas governamentais de saúde, em nível estadual e local, seguem uma rotina de modificações, supressões e/ou acréscimos no próprio texto da Constituição e uma rotina infraconstitucional. No entanto, os parâmetros para equalizar a média complexidade, com base na competência de o estado prestar apoio financeiro aos municípios (BRASIL, 1990), aguardam ação política.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, as “normas legais maiores” que constituíram o SUS não demarcaram as atribuições do Estado, estados e municípios no financiamento e na execução das ações e dos procedimentos de média complexidade (CONASS, 2011), traduzindo, na perspectiva dos autores, um modo imprudente de operacionalizar o SUS e atestando a impossibilidade de concretização de efetivos serviços de saúde regionais e hierarquizados.

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 (BRASIL, 2011a), mas não clarificou “o que cabe a quem”, no âmbito da média complexidade.

Uma segunda determinação histórica da problemática da média complexidade diz respeito ao processo de desenvolvimento regional do Oeste, que parece atrelado, por sua vez, à formação econômico-social da Mesorregião, conforme a metáfora exposta pelas palavras-chave: *lambaris dispersos [...] baiacu [...] tubarão*.

No intervalo de cinco décadas (1940-1980), a Mesorregião Oeste passou por três tipos de formação econômico-social: agrícola colonial; a suinocultura familiar; e o sistema agroindustrial (COLETTI, 2009).

Entre 1940 e 1970, com o desenvolvimento do processo de colonização iniciado na segunda metade da década de 1910, houve a instauração de um modo próprio de pensar, de argumentar, de produzir, em contraste com a perspectiva precedente de posseiros em terras ocupadas (RENK; WINCKLER, 2018). Com a vinda de “camponeses de origem” (POLI, 2002, p. 110) para o Oeste catarinense, iniciou-se um processo de aquisição de terras privadas que, na visão colonizadora, eram terras baratas e com água

abundante (RENK; WINCKLER, 2018). Oriundos, em sua grande maioria, do Rio Grande do Sul, esses camponeses eram descendentes de imigrantes europeus (italianos, alemães e poloneses, basicamente) que haviam imigrado para o Rio Grande do Sul em décadas anteriores (POLI, 2002).

A formação social camponesa do Oeste era representada pela unidade familiar, de modo similar à grande parte de formações sociais dessa natureza. O processo de trabalho desenvolvido pelos camponeses de origem (POLI, 2002) era conduzido por um “regime econômico de subsistência” (RENK; WINCKLER, 2018, p. 15), sendo a família “a unidade de produção e consumo [e] de reprodução do modo de vida e da força de trabalho” (POLI, 2002, p. 111). As atividades executadas pelos colonos traduziam a diversidade laboral e econômica do processo de colonização: criação de animais para a subsistência (leite e carne); pequena indústria (banha, embutidos, queijos e vinhos); manufatura doméstica; derrubada de matas e abertura de estradas (por meio da força de trabalho familiar ou a serviço das companhias colonizadoras, como forma de pagamento de terra); ofícios de ferreiros; abertura de marcenarias; e venda de madeiras. Os núcleos coloniais contavam com pomares e horas; os colonos cultivavam milho, mandioca, batata, fumo, feijão, trigo, arroz e cana de açúcar, para a subsistência, sendo o excedente da produção destinado à criação de porcos e galinhas (RENK; WINCKLER, 2018, p. 15). As mulheres exerciam dupla jornada: trabalhavam em casa e na lavoura. O sentido atribuído ao trabalho era de tal monta que a infância vivenciada em contextos de famílias camponesas era uma mistura de “trabalho e brinquedo infantil”. Aos 15 anos, o adolescente era inserido no trabalho do adulto. A mulheres e homens idosos destinavam-se os trabalhos mais leves. Essa “divisão interna do trabalho”, instaurada de modo compartilhado e cooperado, permitiu que as famílias liberassem alguns de seus membros para defendê-las nas pautas políticas, instauradas no final da década de 70 e início dos anos 80, em decorrência da conjuntura nacional de crise da dívida externa, crise institucional e financeira, e crise inflacionária. Surgem, dessa iniciativa de núcleos de colonos, os movimentos sociais (POLI, 2002, p. 112).

Com o processo de modernização da agricultura, ocorre uma mudança na produção suinícola. Em virtude da expansão da demanda da indústria de carne (aves), pelo mercado consumidor interno e externo, o setor agroindustrial começa a exercer o controle sobre os agricultores (COLETTI, 2009). O suíno de banha é substituído pelo suíno de carne; o óleo vegetal passa a ocupar o lugar da banha, tornando-a não atrativa porque dispensável ao mercado consumidor. Suinocultores simples começavam a ser

excluídos de suas atividades laborais e econômicas pelo mercado (RENK; WINCKLER, 2018).

Em finais dos anos 80 e durante os anos 90, com a abertura da economia pela entrada do sistema de reorganização espacial da produção, imposto pela internacionalização, a orientação produtiva foi dirigida para o mercado externo, fraturando o destino interno da produção de matéria prima da agricultura familiar. Chapecó, polo regional, teve uma grande influência neste processo. Em busca de alternativas para a reprodução, milhares de famílias não selecionadas e/ou excluídas dos sistemas integrados da suinocultura, não se sentiram motivadas para atuar na avicultura. Decidiram retornar para a antiga atividade de subsistência: a produção de leite. (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. Vale ressaltar que muitos dos pequenos produtores vivem em municípios *lambaris* e dependem do SUS para dinamizar a sua produção e reprodução.

Em se mostrando *lambaris dispersos* (O29), secretários municipais de saúde pareciam expor um vazio de condições de possibilidades para prover uma rede de atenção regionalizada de qualidade, na qual a atenção básica instituída não seja vítima da ausência do papel do estado na garantia de média complexidade. 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* (O30) para enfrentar o perigo, apareceu na forma de uma construção social, em que o perigo não parece ser o suposto *tubarão* (O29) em si, mas o receio de não suportar a assunção da média complexidade com recursos próprios, em função de privilégios conferidos a *tubarões* (O29) na 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).

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para as redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, a PPI é uma das estratégias do financiamento do Sistema de Planejamento da RAS e a sua construção deve ser compartilhada para orientar a definição de recursos regionais (BRASIL, 2010). Em se tratando de uma estratégia complexa, é de se esperar que o Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados federados elejam 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 os PDR's dos estados federados esclareçam com bastante objetividade e transparência o modo como as suas Secretarias harmonizam as PPI's, o modo como as suas Secretarias parametrizam o que fica e/ou o que sai de cada PPI, e o modo como as suas Secretarias socializam o *modus operandi* com gestores municipais. Este “modo de” é crucial para atender à perspectiva de equidade como justiça social.

No caso do PDR/SC/2012, com 131 páginas, 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 [...]*, conforme sinalizado por O29.

Os depoimentos supracitados (de O22 e O28) sinalizam que o COAP estará alcançando, em breve, o plano da materialidade no estado. De acordo com art. 36, do Decreto nº 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”.

Em um artigo propositivo sobre a regionalização do SUS, visando à concretização de regiões de saúde resolutivas “em pelo menos 95% das necessidades de saúde do território regional”, os autores sugerem um novo modelo administrativo, ancorado na “criação de pessoas jurídicas associativas regionais, resultantes da aglutinação dos entes federativos em região de saúde”. Eles argumentam que o arcabouço legal infraconstitucional do Sistema não deu conta de blindá-lo do caráter “clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro”. Além do mais, o discurso histórico eloquente de descentralização e de municipalização acabou criando uma representação histórica do município “como núcleo básico organizacional do sistema”, em detrimento da região (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 440).

E aqui cabe uma ponderação: no intervalo 1990-2011, entre a instituição da Lei Orgânica da Saúde e a sua regulamentação para fins de organização regional do Sistema, transcorreram duas décadas. Obviamente, os ventos neoliberais que chegaram nos anos 90 e a necessidade de criação de instrumentos normalizadores operacionais influenciaram o atraso histórico regulamentário da regionalização. No entanto, cabe destacar a necessidade de reconhecer que o arcabouço jurídico-legal do SUS dispense uma atenção muito maior à sua forma do que ao seu conteúdo. Isto é, em sua vasta maioria carregam linguagem abstrata, equívocos, obscurantismos, e são de difícil leitura para grande parte de gestores, que se apropriam do ser gestor no processo de gestão, visto que a formação de gestores para o SUS ainda é uma aspiração.

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, tendo sido objeto central de portaria sucessiva: Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Considerando, entre outros, que o atendimento a usuários com quadros agudos deve ser garantido por meio de uma atenção ininterrupta e de qualidade, e que a morbimortalidade por acidentes de trânsito, violência e doenças cardiovasculares é alta no Brasil, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) veio ao encontro da necessidade de uma porta de entrada com potência resolutiva e com potência transferencial para um serviço de maior complexidade. A base do processo e dos fluxos dos pontos de atenção de toda RUE é constituída pela tríade: acolhimento com classificação de risco, qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011b).

Na prática de um município de pequeno porte, a porta de entrada de urgência e emergência corresponde, segundo o participante O37 a *hospitais de pequeno porte e setores de hospital regional*. No contexto desse estudo, eles têm sido *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.

Outro componente da Rede de Atenção às Urgências que concentra atendimentos de média complexidade e localiza-se em áreas estratégicas, é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Baratieri *et al.*, (2017) realizaram um estudo qualitativo com usuários atendidos em uma UPA sobre as razões que os levam a procurar uma UPA para resolver problemas que poderiam ser solucionados na atenção básica. Resultados assinalaram que as UPA's são mais resolutivas do que as portas da atenção básica, em virtude, especialmente de estarem abertas de modo contínuo. Usuários manifestaram que essa maior resolutividade, aliada à falta de articulação entre os fluxos entre a atenção básica e a UPA geram a escolha por esta.

Relatos de gestores de pequenos municípios expuseram, ainda, a opção pelo associativismo, conforme relato: *[...] a saída da gente, de lambaris, é se juntar em nível de consórcio* (O38).

Estudo inserido na esfera da sociologia política propôs observar as relações entre as associações e a democracia, tendo como pano de fundo as sociedades contemporâneas, cujos elementos-chave da vida social são o alto nível de complexidade e pluralidade. Para tanto, resgatou as matrizes de três linhas teóricas – capital social, sociedade civil e movimentos sociais – para verificar no interior de cada uma delas, as positivities

democráticas das associações. Três apontamentos foram gerados, quais sejam: “diferentes tipos de associações podem provocar diferentes efeitos democráticos [...] práticas associativas [...] podem mascarar em nome do [...] bem comum [...] interesses antidemocráticos [...] há diferenças substantivas nos impactos democráticos das associações (LUCHMANN, 2014, p. 173).

A modalidade de associativismo, revelada acima por O39, foi o consórcio público, enquanto estratégia potencialmente favorável para o fortalecimento dos ditos *lambaris*. Essa prática associativa consiste em um acordo firmado 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). Trata-se de 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 EC nº 19 (BRASIL, 1998), que passou a garantir a gestão associada de serviços públicos para a realização de objetivos de interesse comum. Posteriormente, foi regulamentado pela Lei nº 11.107 (BRASIL, 2005). Neste sentido, a sua trajetória jurídico-institucional não foi tímida.

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.

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 [...] 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. 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.

Para refletir a questão acima, cabe registrar que a proposta de Lei Orçamentária Anual prevê, para 2019, R\$ 13,7 bilhões para emendas parlamentares. Desse montante, R\$ 9,2 bilhões irão para emendas individuais (de deputados e senadores) e R\$ 4,5 bilhões para as de bancadas estaduais. Dos 594 parlamentares cada um poderá apresentar até R\$ 15,4 milhões em emendas individuais, das quais metade irá para a saúde, conforme determina o § 9º do art. 166 da Constituição Federal incluído pela EC nº 86, de 17 de março de 2015 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

4 Considerações finais

O estudo desenvolvido e apresentado neste artigo buscou identificar e analisar as determinações históricas implicadas no desenvolvimento real das ações e serviços de média complexidade do SUS, na perspectiva de gestores municipais de saúde de municípios da Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil.

Tomando como base a categoria de análise *Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu, sob ameaça de tubarão*: um retrato da diferenciação social, foram identificadas seis determinações históricas, a saber: 1) lacuna nas atribuições operacionais e fiscais de entes federados relacionadas à média complexidade; 2) subsunção de pequenos municípios no processo de desenvolvimento regional; 3) caráter iníquo da programação pactuada integrada; 4) necessidade de os pequenos municípios garantirem a porta de entrada de urgência e emergência; 5) o preço pago pelo associativismo; e 6) efeitos de emendas parlamentares.

Apreendeu-se que os municípios de pequeno porte, enquanto *lambaris dispersos* em razão da ausência do estado na garantia de média complexidade, alimentam o sonho em se tornar *baiacu*. Este sonho aparece na forma de construção social, em que o perigo não é representado pelo(s) município(s) iluminado(s) pela lógica da regionalização em si, os chamados *tubarões*, mas sim pelos privilégios a eles conferidos, resultando na impossibilidade dos municípios de pequeno porte em prover uma rede de atenção regionalizada de qualidade, não suportando assim a assunção da média complexidade.

No âmbito do recorte deste 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

ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.d'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015.

BAPTISTA, T.W. F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.12, p. 2267-2279, dez. 2012.

BARATIERI, T. *et al.* Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 54-63, jul. 2017.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao. Acesso em: 22 fev. 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 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, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: DF, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Institui a Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas 01/2002. Brasília: DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 31 jan. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília: DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.047, de 22 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR e dá outras providências. Brasília: DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6047.htm. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DF, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Brasília: DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal Interpretada**. 9 ed. São Paulo: Manole, 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Orçamento para 2019 prevê R\$ 13,7 bilhões para emendas parlamentares**. Brasília: DF, 2018. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/563128-ORCAMENTO-PARA-2019-PREVE-R\\$-13,7-BILHOES-PARA-EMENDAS-PARLAMENTARES.html](http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/563128-ORCAMENTO-PARA-2019-PREVE-R$-13,7-BILHOES-PARA-EMENDAS-PARLAMENTARES.html). Acesso em: 21 jan. 2019.

COLETTI, T. **Agroindústria suinícola e agricultura familiar: uma “crônica” sobre a trajetória histórica no oeste catarinense**. 2009. (Dissertação de Mestrado) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade do SUS**. Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 30 dez. 2017.

COUTO, C.G.; ARANTES, R.B. Constituição, governo e democracia no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 41-62, jun. 2006.

FEDERAÇÃO CATARINENSE DE MUNICÍPIOS. **Conheça a Instituição – História**. 2017. Disponível em: <http://fecam.org.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/75286>. Acesso em: 30 dez. 2017.

LIMA, R.C.G.S.; GRIPA, D.W.; BATISTA, N. Pesquisando em setting de saúde: análise ético-política da média complexidade do SUS na Mesorregião Oeste, Santa Catarina, Brasil. *In*: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7., 2018 Fortaleza. **Atas...** Portugal: Ludomedia, 2018. p. 07-17. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/issue/view/25>. Acesso em: 16 fev. 2019.

LUCHMANN, L.H.H. Abordagens teóricas sobre o associativismo e seus efeitos democráticos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 159-178, jun. 2014.

MANACORDA, M.A. **Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica**. 1. ed. Roma: Riuniti, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos**. Brasília: DF, 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827. Acesso em: 30 dez. 2017.

POLI, O. L. Cultura e modo de vida camponês no Oeste Catarinense: as bases para a organização e reação frente à crise dos anos 70. **Cadernos do CEOM**, Chapecó, v. 16, n. 15, p. 107-175, jun. 2002.

RENK, A.; WINCKLER, S. A formação socioeconômica da região Oeste de Santa Catarina – uma narrativa acerca de franjas e retalhos da identidade regional. **Cadernos do CEOM**, Chapecó, v. 31, n. 49, p. 10-22, dez. 2018.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 14-24, dez/2016.

SANTA CATARINA. [Constituição (1989)]. **Constituição do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis: SC, 1989. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/constituicao_estadual_1989.html. Acesso em: 31 jan. 2019.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 744-755, out./dez. 2014.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-89, 2017.

SES/SC - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Plano Diretor de Regionalização**. 2012. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/8141-plano-diretor-de-regionalizacao-2012/file>. Acesso em: 09 jan. 2018.

SES/SC - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Informações estaduais**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 30 dez. 2018.

SENADO. **Emendas ao orçamento**. Cidade: Estado, 2018. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-ao-orcamento>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SOUZA, M. T. T. O processo decisório na Constituição de 1988: Práticas institucionais. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 37-59, 2003.

VYGOTSKY, L.S. **A Formação Social da Mente**. 1. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1984.

WILSON, H.S. Field Methods: Research in the Natural Setting. **Journal of Nursing Administration**, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. 5-7, abr. 1985.

Recebido em: 21 de fevereiro de 2019.

Aceito em: 15 de julho de 2019.