

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

JOÃO PEDRO MOREIRA COSTA

**PRÁTICAS DE GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU-MG**

VARGINHA/MG

2022

JOÃO PEDRO MOREIRA COSTA

**PRÁTICAS DE GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU-MG**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas.

Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Rodrigo Gomes Pessanha.

VARGINHA/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Campus Varginha

Costa, João Pedro Moreira.

Práticas de governança em políticas públicas : um olhar sobre a assistência social e saúde de Caxambu-MG / João Pedro Moreira Costa. - Varginha, MG, 2022.

136 f. : il. -

Orientador(a): Gabriel Rodrigo Gomes Pessanha.

Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Sociedade) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2022.

Bibliografia.

1. Governança Pública. 2. Políticas Públicas. 3. Assistência Social. 4. Saúde. I. Pessanha, Gabriel Rodrigo Gomes , orient. II. Título.

JOÃO PEDRO MOREIRA COSTA

**PRÁTICAS DE GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS: UM OLHAR
SOBRE A ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU-MG**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 18 de março de 2022

Prof. Dr. Gabriel Rodrigo
Gomes Pessanha
Instituição: Universidade
Federal de Alfenas

Profª Drª 9 Elisa Zwick
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Thiago Fontelas
Rosado Gambi Instituição:
Universidade Federal de
Alfenas



Documento assinado eletronicamente por Gabriel Rodrigo Gomes Pessanha, Professor do Magistério Superior, em 18/03/2022, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Thiago Fontelas Rosado Gambi, Professor do Magistério Superior, em 18/03/2022, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Elisa Zwick, Professor do Magistério Superior, em 18/03/2022, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0692977 e o código CRC 6D256C2B.

AGRADECIMENTOS

Não se chega a um mestrado sozinho. Tampouco é possível finalizá-lo de forma solitária. Concluir uma dissertação é resultado de todo um percurso pavimentado por pessoas que me inspiram pessoal e academicamente. Refletir acerca de toda a caminhada faz com que se descortinem, de forma nítida, os três pilares que alicerçaram a ponte para esse e tantos outros objetivos alcançados.

Indubitavelmente, o principal sustentáculo de toda essa trajetória é a minha família, em especial meus pais Gisele e Cacildo, que sempre acreditaram e incentivaram as minhas escolhas. Desde meu ingresso na graduação, ambos não mediram esforços para me auxiliarem no que foi preciso, possibilitando que a minha dedicação aos estudos fosse integral nos últimos anos. São eles a força motriz para todas as conquistas até aqui e o mérito de todas elas é – e sempre será – deles.

Outro elemento a ser destacado são as professoras, da graduação até o mestrado, que tiveram participação fundamental em meu amadurecimento como aluno e pesquisador. Entre muitas, destaco a Dra. Maria Alice Ferreira Corrêa Mendonça, hoje docente da Universidade Federal de Viçosa, cuja confiança em mim depositada fez com que eu enxergasse a pesquisa científica como instrumento para dar vazão à minha predileção pela escrita e, sobretudo, à vontade de contribuir, mesmo que minimamente, com a produção de conteúdo sobre a realidade social e da administração pública em minha cidade natal. Enfatizo também os papéis imprescindíveis desempenhados pela Dra. Cleusimar Cardoso Alves Almeida, professora na Universidade Vale do Rio Verde, cujo incentivo e apoio foram fundamentais para meu ingresso no mestrado; e pelos professores Dra. Elisa Zwick, Dr. Thiago Fontelas Rosado Gambi e Dr. Gabriel Rodrigo Gomes Pessanha, pelas orientações e sugestões sem as quais não seria possível realizar a pesquisa e concluir essa dissertação.

Também formam a minha base de sustentação as pessoas que estiveram comigo durante todo o processo. Agradeço, nominalmente, à minha companheira Izabela pela compreensão e paciência, aos amigos Matheus, Willian e Gabriela por serem amigos inspiradores e me fazerem ser uma pessoa melhor, e às colegas de mestrado Ana Cláudia e Klaique, com as quais compartilhei angústias, conquistas e uma relação de respeito e companheirismo nos últimos dois anos.

Por fim, saliento que, para além de todos esses pilares, sou resultado de

políticas públicas federais voltadas para a educação. Sem o Programa Universidade para Todos (PROUNI), sem o processo de interiorização das universidades públicas e sem o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de financiamento 001 –, esse e outros tantos objetivos certamente não seriam alcançados. A educação é o caminho para a transformação da vida e, por extensão, de toda a sociedade.

RESUMO

O município de Caxambu alcançou, em 2020, a 10ª colocação no Ranking do Índice de Governança Municipal elaborado pelo Conselho Federal de Administração entre municípios brasileiros com características semelhantes. No entanto, por se tratar de uma análise fundamentalmente quantitativa, tal indicador, por si só, não foi capaz de apontar quais práticas são desenvolvidas pela gestão municipal e, tampouco, os impactos que o processo causa nas políticas públicas municipais. Deste modo, o objetivo desse estudo foi de analisar a governança nas políticas públicas de assistência social e saúde no município de Caxambu-MG, uma vez que estudos anteriores apontavam fragilidades atreladas aos processos de governança em ambos os setores. Para a coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e questionários destinados, respectivamente, aos atores institucionais das políticas de assistência social e saúde municipais e aos munícipes usuários desses serviços ofertados. O método de análise utilizado para o tratamento dos dados obtidos foi a análise de conteúdo categorial de Bardin (2010), composta por categorias analíticas vinculadas ao processo de comunicação e delegação intrassetorial e intersectorial; aos mecanismos de publicização e participação social; e aos instrumentos de avaliação, monitoramento, estabelecimento de metas e identificação de demandas nas políticas de assistência social e saúde do município. Destacam-se, como principais resultados, a percepção de que o processo de governança no município de Caxambu não é uniforme, dado que se encontra em diferentes patamares de maturação em diferentes setores. As análises indicam também que há falhas importantes na utilização do conhecimento popular para a melhoria da performance administrativa, dado que a participação social no município não ultrapassa o caráter consultivo em ambas as políticas públicas e que o processo estratégico de implementação, controle, avaliação e monitoramento das metas ainda é incipiente, sobretudo na política de assistência social municipal, indicando que os pilares que sustentam a boa governança nesses setores da gestão municipal são precários.

Palavras-chave: governança pública; políticas públicas; assistência social; saúde.

ABSTRACT

The municipality of Caxambu reached, in 2020, the 10th position in the Ranking of the Índice de Governança Municipal prepared by the Conselho Federal de Administração among Brazilian municipalities with similar characteristics. However, because it is a fundamentally quantitative analysis, this indicator, by itself, was not able to point out which practices are developed by the municipal management, nor the impacts that the process causes on municipal public policies. Thus, the objective of this study was to analyze governance in public policies of social assistance and health in the municipality of Caxambu-MG, since previous studies pointed out weaknesses related to governance processes in both sectors. For data collection, semi-structured interviews and questionnaires were used, respectively, for institutional actors of the municipal social assistance and health policies and for residents who use these services offered. The analysis method used to treat the data obtained was the categorical content analysis of Bardin (2010), composed of analytical categories linked to the process of communication and intrasectoral and intersectoral delegation; to the mechanisms of publicization and social participation; and to the instruments of evaluation, monitoring, goal setting and identification of demands in social assistance and health policies in the municipality. The main results are the perception that the governance process in the municipality of Caxambu is not uniform, since it is at different stages of maturity in different sectors. The analyses also indicate that there are important failures in the use of popular knowledge to improve administrative performance, since the social participation in the municipality does not go beyond the consultative character in both public policies and that the strategic process of implementation, control, evaluation and monitoring of goals is still incipient, especially in the municipal social welfare policy, indicating that the pillars that support good governance in these sectors of municipal management are precarious.

Keywords: public governance; public policies; social assistance; health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Caxambu/MG	64
Figura 2 - Mapa dos equipamentos públicos de assistência social e saúde em Caxambu/MG	65
Figura 3 - Organograma da Política de Assistência Social de Caxambu/MG.....	67
Figura 4 - Organograma da Atenção Básica da Política de Saúde de Caxambu/MG	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa Etária da Amostra	70
Gráfico 2 - Cor ou Raça da Amostra	70
Gráfico 3 - Escolaridade da Amostra	71
Gráfico 4 - Ocupação da Amostra	72
Gráfico 5 - Incentivo à participação em Caxambu-MG de acordo com os munícipes	83
Gráfico 6 - Participação dos munícipes nos espaços deliberativos da política de Saúde.....	84
Gráfico 7 - Participação dos munícipes nos espaços deliberativos da política de Assistência Social	85
Gráfico 8 - Avaliação dos respondentes acerca da Política de saúde de Caxambu- MG	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública	24
Quadro 2 - Eixos, Dimensões e Etapas da Governança Pública	38
Quadro 3 - Códigos de Referência aos Entrevistados	61
Quadro 4 - Estruturação metodológica.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Renda Per Capita da Amostra	72
Tabela 2 - Distribuição Territorial da Amostra	73
Tabela 3 - Serviços utilizados com maior frequência.....	92
Tabela 4 - Demandas de saúde não atendidas	93
Tabela 5 - Fragilidades na política pública de saúde apontadas pelos respondentes.....	94
Tabela 6 - Fragilidades na política pública de assistência social apontadas pelos respondentes.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Centro POP	Centro de Referência da População em Situação de Rua
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CFA	Conselho Federal de Administração
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i>
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
E1	Entrevistado(a) 1
E2	Entrevistado(a) 2
E3	Entrevistado(a) 3
E4	Entrevistado(a) 4
E5	Entrevistado(a) 5
E6	Entrevistado(a) 6
E7	Entrevistado(a) 7
E8	Entrevistado(a) 8
E9	Entrevistado(a) 9
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GESPÚBLICA	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGG	Índice de Governança e Gestão
IGM	Índice de Governança Municipal

LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
PDEM	Plano de Desenvolvimento Econômico Municipal
PG1	Plano de Governo de Caxambu 2017-2020
PG2	Plano de Governo de Caxambu 2021-2024
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPA	Plano Plurianual
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
RMA	Registro Mensal de Atendimentos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SENAT	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SEST	Serviço Social do Transporte
SM	Salário Mínimo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

UNIFAL-MG

Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo geral	19
1.1.2	Objetivos específicos	19
1.2	JUSTIFICATIVA	20
2	DESENVOLVIMENTO	22
2.1	EVOLUÇÃO DO TEMA GOVERNANÇA PÚBLICA	22
2.1.1	Aspectos conceituais da governança pública	22
2.1.2	Aspectos práticos da governança pública	34
2.1.3	Governança pública no Brasil e seus instrumentos legais	41
2.1.4	Estudos sobre governança pública: da construção conceitual à aplicabilidade nos municípios	43
2.2	A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL	49
2.2.1	Aspectos pontuais sobre a rede socioassistencial de Caxambu-MG	53
2.3	A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	54
2.3.1	Aspectos pontuais sobre o serviço público de saúde em Caxambu-MG	58
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	60
3.1	TIPO DE ESTUDO	60
3.2	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA	60
3.3	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	62
3.4	ESTRUTURA METODOLÓGICA SIMPLIFICADA.....	62
3.5	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO LÓCUS DA PESQUISA.....	64
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
4.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS E RESPONDENTES DO QUESTIONÁRIO	69
4.2	PROCESSOS DE DELEGAÇÃO E COMUNICAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL ENTRE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU/MG	73

4.3	PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS INSTRUMENTOS DE PUBLICIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU/MG	79
4.4	FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO, ESTABELECIMENTO DE METAS E IDENTIFICAÇÃO DE DEMANDAS NAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU/MG	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	114
	ANEXO	136

1 INTRODUÇÃO

A aliança entre a eficiência dos serviços públicos – que envolve as dimensões institucionais e econômico-financeiras – e a dimensão sociopolítica – que abarca os vínculos entre sociedade e Estado, através de sua participação na gestão pública – é um dos grandes desafios impostos aos modelos da administração pública implantados até hoje. Os modelos: burocrático, com caráter demasiadamente centralizador; gerencial, de cariz excessivamente ligado à administração privada; e societal, maiormente caracterizado pela dimensão sociopolítica, foram igualmente incapazes, devido às suas idiossincrasias, de articular eficiência e participação em suas estruturas de gestão. (PAES DE PAULA, 2005). A reflexão sobre esse dilema passa pela governança pública que é operacionalizada de diferentes formas em cada um dos modelos de administração. Na vertente gerencial, a governança tem sua ênfase voltada para princípios básicos como transparência, integridade e prestação de contas, com foco na eficiência. Na vertente societal, por sua vez, a governança volta-se para a abertura de espaços deliberativos na administração pública, enfocando a participação social.

No contexto brasileiro, a governança pública tem seu marco na Constituição Federal de 1988, que determinou, em seu art. 1º, que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos [...]” (BRASIL, 2012, p. 11). A mesma Carta Magna assegura, em seu art. 37, que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]” (BRASIL, 2012, p. 36). Nesse sentido, constata-se que a gestão pública deve ser desempenhada de forma eficiente, e que o poder não deve ser centralizado. Esse panorama pressupõe a figura da delegação, que é peça fundamental no processo de governança, visto que a sociedade delega aos políticos o exercício de funções públicas, visando o atendimento de suas demandas sociais, educacionais, entre outras; estes, por sua vez, delegam aos ministros/secretários a atuação em determinadas políticas públicas e estes delegam o exercício das ações aos servidores públicos, formando uma sequência de delegações que tencionam atender aos anseios do primeiro “delegante”: o povo. (NARDES; ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018).

Para que esse objetivo seja eficazmente alcançado, emerge a importância

de uma governança pública que contemple, apesar do modelo de administração ao qual está submetida, a eficiência da administração pública aliada à participação social nos processos de tomadas de decisão das políticas públicas. Para isso, Nardes, Antounian e Vieira (2018), Ronconi (2011) e Matias-Pereira (2010) apontam que um bom processo de governança deve passar por determinadas práticas como liderança, estratégia, controle, avaliação, direcionamento e monitoramento das gestões a níveis federal, estaduais e municipais, bem como pelo incentivo à informação e ultrapassagem do processo de participação apenas em caráter consultivo. Tais práticas devem ser aprimoradas constantemente para que as ações públicas estejam em convergência com as necessidades populares e sejam ofertadas de forma eficiente. (NARDES; ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018).

Nesta senda, no Brasil, mais do que os preceitos constitucionais já citados, essas práticas originaram algumas legislações a respeito da governança pública, como é o caso do Decreto nº 9.203/2017 e o Projeto de Lei 9.163/2017. Para além das atividades legiferantes, alguns índices também foram criados para avaliar e mensurar a governança pública a níveis federal, estaduais e municipais, no Brasil. No caso específico da análise em nível municipal destaca-se o Índice de Governança e Gestão (IGG), fornecido pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que se baseia em um questionário para autopreenchimento de gestores de instituições públicas federais, estaduais e municipais¹, além do Índice de Governança Municipal (IGM), elaborado pelo Conselho Federal de Administração (CFA), que analisa a governança pública municipal a partir de fatores relacionados a finanças, gestão e desempenho². (NARDES, ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018; CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2019).

Apesar de possibilitar a visualização quantitativa do nível de governança pública e tornar esses dados acessíveis à população, pelo fato de trabalharem com uma amostra significativamente alta e também por sua natureza estatística, tais índices não trazem diagnósticos mais profundos sobre a situação da governança, não abordando as práticas realizadas e negligenciadas por cada uma das instituições e esferas de governo analisadas, tampouco são capazes de indicar

¹ Para aprofundamento a respeito do Índice de Governança e Gestão, acessar: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FA/B6/EA/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_2_edicao.PDF.

² Para aprofundamento acerca da metodologia de análise do Índice de Governança Municipal acessar: <https://igm.cfa.org.br/>.

como tais práticas impactam a qualidade dos serviços ofertados à população. Portanto, lacunas apontadas por Peci, Pieranti e Rodrigues (2008) a respeito da necessidade de diagnósticos locais de governança e, principalmente, por Teixeira e Gomes (2019), sobre a necessidade de análises empíricas da implementação e impactos de suas ações nas políticas públicas continuam em aberto.

O caso do município de Caxambu, em Minas Gerais, ilustra de forma bastante nítida a lacuna que os índices, por si só, não são capazes de preencher, pois, apesar de ter alcançado uma posição significativa no Ranking do IGM de 2020, estudos recentes de Pereira e Almeida (2018) e Costa e Almeida (2019) apontam fatores importantes que obstaculizam o trabalho em rede socioassistencial e de atenção à saúde no município em questão, muitos deles diretamente relacionados aos mecanismos e instrumentos próprios de um bom processo de governança apontados pela literatura atinente ao tema. Por se tratar de um município de pequeno porte, onde questões relacionadas à assistência social e saúde são muitas vezes integradas, torna-se importante identificar, em ambos os setores, quais são as técnicas e instrumentos de governança utilizados pela gestão pública municipal de Caxambu, a fim de analisar a governança nas políticas públicas de assistência social e saúde no município.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a governança nas políticas públicas de assistência social e saúde no município de Caxambu-MG

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a comunicação e delegação entre gestores, secretários (as) e servidores (as) das políticas públicas municipais de assistência social e saúde, no município de Caxambu-MG;

- b) Verificar os instrumentos de publicização dos gastos públicos nas políticas de

assistência social e saúde, no município de Caxambu-MG;

- c) Conhecer mecanismos de avaliação e monitoramento utilizados pela gestão pública municipal para as políticas de assistência social e saúde, no município de Caxambu-MG;
- d) Descrever de que forma acontece a participação social e como o processo potencialmente influencia as tomadas de decisões dos gestores das respectivas políticas públicas do município de Caxambu-MG;
- e) Assimilar contrastes e compatibilidades entre metas governamentais e demandas da população de Caxambu-MG.

1.2 JUSTIFICATIVA

Considerando a importância de boas práticas de governança pública fundamentadas em aportes legais e estudos nacionais e internacionais sobre o tema, o aprimoramento dessa prática nos municípios, estados e União, é um dos principais desafios do Brasil, que, vencido, possibilitará a superação de gargalos e a consecução dos objetivos constitucionais de erradicação da pobreza, redução de desigualdades sociais e regionais. Para isso, é necessário garantir a eficiência, eficácia e efetividade, além da participação social na elaboração e implantação das políticas públicas sociais. (NARDES; ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018).

A construção de índices para análises nesse sentido é, indubitavelmente, de suma importância, dado que essa ferramenta busca simplificar a realidade, tornando-a quantificável e comparável. O IGG, de 2015, sistematizou informações sobre a situação da governança pública em âmbito nacional e concluiu que há enorme incipiência em suas práticas, além de diagnosticar “[...] problemas de liderança, estratégia e controle nos diversos órgãos públicos que tratam de áreas relevantes como segurança pública, saúde, educação e meio ambiente [...]” (NARDES; ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018, p. 354).

Por sua vez, o IGM, realizado pelo CFA, que também tem um papel relevante nessas análises, foi o responsável por incitar a elaboração e execução dessa

pesquisa, após o município de Caxambu-MG alcançar, em 2020, a 10ª colocação no grupo de municípios brasileiros que possuem população entre 20.001 e 50.000 habitantes e Produto Interno Bruto (PIB) per capita de até R\$15.463,00. A significativa posição ocupada pelo município é fundamentada em três níveis de análise do índice: gestão, desempenho e finanças, a partir da compilação de dados secundários obtidos através de diversas instituições públicas. (CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2019).

Todavia, apesar da solidez e diversidade de dados coligidos pelo índice, por conta da abrangência nacional da amostra, logicamente, não há coleta de dados *in loco* e documentos municipais importantes para a análise das práticas de governança pública não são explorados, como é o caso do Plano de Governo, adotado pela gestão para o estabelecimento de metas durante o período eleitoral e os demais planos de gestão correlatos que institucionalizam as metas e determinam objetivos de curto, médio e longo prazo em diversos setores da administração pública, constituindo-se como um rico universo a ser analisado quando o tema é governança pública (ROCHA, 2015). Ademais, não há, no material fornecido pelos índices, análises qualitativas estritamente relacionadas aos mecanismos de governança utilizados pela gestão pública municipal, tampouco há correlação das práticas de governança com a qualidade das políticas públicas e as demandas da população local, os quais são os principais propósitos e objetivos que norteiam as práticas e o desenvolvimento da governança pública (NARDES; ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018).

Diante da problemática exposta, entendendo-a como uma importante lacuna a ser preenchida, essa pesquisa avaliou a governança nas políticas públicas de assistência social e saúde no município de Caxambu-MG, cujas fragilidades apontadas em estudos anteriores de outras áreas do conhecimento indicavam estreita relação com os instrumentos e mecanismos da governança pública (COSTA; ALMEIDA, 2019; PEREIRA; ALMEIDA, 2018). Com isso, os resultados aqui obtidos fornecem, além de contribuições acadêmicas, um diagnóstico social importante ao município, possibilitando ações estratégicas que visem à melhoria nas práticas de governança e, por conseguinte, na qualidade dos serviços e políticas públicas municipais.

2 DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo, apresentar-se-ão os referenciais teóricos que fundamentam a pesquisa, passando pelos aspectos histórico-conceituais e práticos do tema governança pública, bem como pela sua inserção no arcabouço jurídico-normativo brasileiro, até a compilação de alguns estudos produzidos sobre a temática na gestão pública. Em seguida, serão desenvolvidos breves históricos da construção e consolidação das políticas públicas de Assistência Social e Saúde em âmbito nacional.

2.1 EVOLUÇÃO DO TEMA GOVERNANÇA PÚBLICA

2.1.1 Aspectos conceituais da governança pública

Não é possível abordar a temática governança pública sem, *a priori*, referir-se às suas raízes no setor privado, especificamente, na governança corporativa, cujas origens são oriundas do distanciamento entre propriedade e controle, ou seja, do momento em que os proprietários passaram a delegar a terceiros a gestão de seus próprios recursos, gerando a necessidade de alinhamento de metas e expectativas entre esses diferentes atores, ao considerar, principalmente, a assimetria de informações existente nessa relação.

No setor público, esse conflito de agência é protagonizado pelos cidadãos – principal – e gestores e servidores da máquina pública – agente – que atuam para atender às demandas da população. Esse cenário faz com que práticas relacionadas à governança também sejam requisitadas, compreendendo mecanismos como coordenação e monitoramento das ações e políticas públicas, a fim de reduzir os riscos de desvios de interesses e potencializar a capacidade de alcançar os resultados pretendidos e de responder tempestivamente às demandas que emergem na sociedade. (TEIXEIRA; GOMES, 2019).

De um ponto de vista teórico, abordar a temática da governança pública é um desafio devido à maleabilidade do conceito, que migra, ora entre o prisma da participação e cooperação, ora entre o da eficiência e desempenho, tornando-o um conceito multifacetado. Essa quantidade de concepções acerca da temática governança pública faz com que, de acordo com Alcântara, Pereira e Silva (2015, p.

15), seja comum encontrar, na literatura, expressões como: “governança empresarial, corporativa, global, interativa, local, territorial, em rede, pública, organizacional, democrática, boa governança e outras adjetivações”.

A miríade de conceituações sobre o tema foi sistematizada por Teixeira e Gomes (2019) e elencada no Quadro 1:

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(continua)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
Rhodes (1996)	Está relacionada à mudança no significado de governo, referindo-se a um novo processo de administração, onde as redes auto-organizáveis e interorganizacionais são assim caracterizadas: interdependência, troca de recursos e regras de jogo e expressiva autonomia do Estado.
Bresser-Pereira e Spink (1998)	Capacidade financeira e administrativa, em sentido amplo, de um governo implementar políticas.
Kaufmann, Kraay e Zoido-Lobaton (1999)	Tradições e instituições onde a autoridade de um país é exercida, o que inclui o processo pelo qual os governos são selecionados, monitorados e substituídos. A capacidade efetiva do governo em formular e implementar políticas sólidas e o respeito dos cidadãos e do Estado para com as instituições que governam as interações sociais e econômicas entre eles.
Lynn Jr., Heinrich e Hill (2000)	Implica em um arranjo de elementos distintos, mas interrelacionados – incluindo mandatos políticos; estruturas organizacionais, financeiras e programáticas; níveis de recursos; regras administrativas e diretrizes; normas e regras institucionalizadas que restringem e habilitam as tarefas, prioridades e valores que são incorporados nos processos regulamentares, de produção e entrega de serviços

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(continuação)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
Commission of the European Communities (2001)	Forma pela qual a sociedade, em sua acepção mais ampla, resolve aquilo que é do seu interesse ou é comum a todos. É a gestão transparente e responsável dos recursos humanos, naturais, econômicos e financeiros, com vistas a um desenvolvimento equitativo e sustentável. Implicam em processos decisórios claros no nível das autoridades públicas, instituições transparentes e responsáveis, primando pela gestão e distribuição dos recursos e no fortalecimento da capacidade para elaborar e implementar medidas determinadas a prevenir e combater a corrupção.
Loffer (2001)	Uma nova geração de reformas administrativas e de Estado, que tem como objeto a ação conjunta, levada a efeito de forma eficaz, transparente e compartilhada pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade civil, visando uma solução inovadora dos problemas sociais, criando possibilidades e chances de um desenvolvimento futuro sustentável para todos os participantes.
Araújo (2002)	Associa a governança com a capacidade que o Estado tem para formular e implementar suas políticas.
Barrett (apud ANAO, 2003)	Processos pelos quais as organizações são dirigidas, controladas e cobradas. Abrange a autoridade, a gestão, a liderança, as interações de estruturas e processo e a forma como as organizações do setor público cumprem suas responsabilidades.

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(continuação)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
Bovaird e Loeffler (2003)	São as formas como as partes interessadas (stakeholders) interagem uns com os outros, a fim de influenciar os resultados das políticas públicas.
Commision on Global Governance (CGG) (2003)	Diz respeito não somente às instituições e aos regimes formais autorizados a impor obediência, mas também aos acordos informais que atendam os interesses de pessoas e instituições.
Graham, Amos e Plumptre (2003)	Interações entre estruturas, processos e tradições que determinam como o poder é exercido, como os cidadãos são ouvidos e como as decisões são tomadas nas questões de interesse público. Trata-se, basicamente, de poder, relacionamentos e accountability.
Marini e Martins (2004)	Está centrada na questão administrativa do Estado e em sua capacidade de ação para o alcance de resultados de desenvolvimento, a partir da capacidade das organizações de desempenhar suas tarefas de maneira eficaz, eficiente e sustentável.
Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2004)	Arranjos formais e informais que determinam como são tomadas as decisões públicas e como são realizadas as ações públicas, na perspectiva de manter os valores constitucionais de um país em face de vários problemas, atores e ambientes.
Streit e Klering (2004)	Caracteriza-se pelo alcance de objetivos coletivos de uma sociedade, pelo governo, com enfoque na coordenação autônoma, interdependente e responsável de diferentes instituições, redes e atores sociais, utilizando estruturas, mecanismos e regulações justas, coerentes, consistentes e aceitas pela sociedade.

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(continuação)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
United Nations Development Programme (UNDP) (2004)	Consiste em um sistema de valores, políticas e instituições onde uma sociedade gera seus assuntos nas dimensões econômica, política e social, via interações dentro e entre o Estado, a sociedade civil e o setor privado.
Streit e Klering (2005)	É o governo visando objetivos coletivos de uma sociedade, com o enfoque na coordenação autônoma, interdependente e responsável de diferentes instituições, redes e atores sociais, utilizando estruturas, mecanismos e regulações justas, coerentes, consistentes e aceitas pela sociedade.
Kissler e Hidermann (2006)	Uma nova geração de reformas administrativas e de Estado, que tem como objeto a ação conjunta, levada a efeito de forma eficaz, transparente e compartilhada pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade civil, visando uma solução inovadora dos problemas sociais, criando possibilidades e chances de um desenvolvimento futuro sustentável para todos os participantes.
Kooiman (2006)	Totalidade de interações em que os atores e órgãos do setor público, bem como os atores do setor privado, participam e almejam resolver os problemas sociais. Tratam as instituições como contextos das interações administrativas e estabelecem um fundamento normativo para todas essas atividades.

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(continuação)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
Streit (2006)	Trata-se da coordenação e articulação do conjunto de instituições, processos e mecanismos, mediante várias formas de parcerias e interações, sociais e políticas, com a participação ativa do governo, para o alcance de objetivos coletivos e promover o desenvolvimento da sociedade.
Slomsk <i>et al.</i> (2008)	Não é somente uma questão de aumento de efetividade e eficiência, mas também de guardar a legalidade e legitimidade. Aqui é possível indicar padrões de valor, pois, o governo é destinado a ser apoio e propositor, e tem como princípios centrais: a justiça social, a equidade, a legitimidade e o cumprimento do dever. Abrange significativas atividades envolvendo a direção de redes complexas em setores políticos da sociedade.
World Bank (WB) (2008)	Consiste no exercício da autoridade, do controle, da administração e do poder do governo. É o modo pelo qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando o desenvolvimento e implicando na capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir suas funções.
Secchi (2009)	Tal definição implicitamente traduz-se em uma mudança do papel do Estado (menos hierárquico e menos monopolista) na solução de problemas públicos. Também significa um resgate da política dentro da Administração Pública, diminuindo, assim, a importância de critérios técnicos nos processos de decisão e um reforço de mecanismos participativos de deliberação na esfera pública.

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(continuação)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
Matias-Pereira (2010)	É o sistema que determina o equilíbrio de poder entre os envolvidos – cidadãos, representantes eleitos (governantes), alta administração, gestores e colaboradores – com vistas a permitir que o bem comum prevaleça sobre os interesses de pessoas ou grupos.
Brasil (2011)	Um sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre a sociedade, a alta administração, os servidores ou colaboradores e os órgãos de controle.
Peters (apud LEVI-FAUR, 2012)	Preocupa-se com a capacidade dos sistemas políticos e administrativos de agir efetiva e decisivamente para resolver problemas públicos.
Raquel e Bellen (2012)	Busca a articulação em rede de diversos atores sociais públicos, privados e não governamentais, enfim, relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade civil no intuito de gerenciar interesses e conflitos para alcançar objetivos comuns.
International Federation of Accountants (2013)	Compreende a estrutura (administrativa, política, econômica, social, ambiental, legal e outras) posta em prática para garantir que os resultados pretendidos pelas partes interessadas sejam definidos e alcançados.
Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) (2015)	Sistema de gestão pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas.

Quadro 1 - Sistematização dos conceitos de Governança Pública

(conclusão)

Autores / Organizações	Conceito de Governança Pública
Baeta, Pereira e Mucci (2016)	A capacidade de o governo entrar em ação, em sentido amplo, de realizar suas políticas.
Massey, Johnston-Miller (2016)	É entendida no conceito de governança com atores estatais em redes que atuam coletivamente para atingir os objetivos de políticas públicas.
Ribeiro Filho e Valadares (2017)	Os meios e processos que garantem que o interesse da maioria seja observado pelos entes político-governamentais objetivando o bem-estar social.
Paines, Aguiar e Pinto (2018)	São mecanismos estabelecidos para o desenvolvimento de uma cultura gerencial, guiada pelos seguintes valores: eficiência, qualidade, transparência e prestação de contas ao cidadão-usuário.

Fonte: Adaptado de Teixeira e Gomes (2019), p. 528-532.

O Quadro 1 demonstra a polissemia e a multidimensionalidade do conceito de governança. Ao todo, são 32 definições de diferentes autores e instituições nacionais e internacionais relacionadas à temática. Entretanto, apesar da variedade de conceituações elencadas, através de uma releitura mais crítica, é possível perceber elementos de convergência e divergência entre cada uma delas, possibilitando a elaboração de categorias conceituais compostas pelas intersecções das definições apresentadas no Quadro 1 que apontam roteiros interpretativos a respeito da governança e ajudam a pavimentar o caminho conceitual paradigmático que será abordado nesse estudo. Deste modo, as categorias distribuem-se em: governança voltada para eficiência e transparência; governança como capacidade de implementação de políticas; governança como redes de atores para objetivos comuns; governança como correlação de interesses; e, por fim, governança como marco regulatório administrativo e financeiro.

Para dar início às análises, Bresser-Pereira e Spink (1998) e Paines, Aguiar e Pinto (2018) caracterizam a governança como um conjunto de mecanismos maiormente dedicado às questões administrativas e financeiras da máquina pública, priorizando elementos como eficiência, qualidade e transparência das ações empreendidas. Essa definição aproxima, de certo modo, o conceito de governança pública aos fundamentos caros ao modelo gerencial da administração pública, que, no contexto brasileiro, teve como um de seus líderes o próprio Bresser-Pereira, Ministro de Administração e Reforma (MARE) do Estado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), na segunda metade da década de 1990.

Outra categoria identificada relaciona a governança diretamente à noção de capacidade de ação e implementação de políticas por parte da administração pública. Embora termos como eficiência e eficácia continuem sendo destacados como elementos transversais à boa governança, autoridade e controle, e efetividade e assertividade são apontados, respectivamente, como caminhos e objetivos para a solução dos problemas públicos, conformando a primeira categoria conceitual que insere, mesmo que de forma tímida, a importância dos resultados, ou seja, do atendimento das demandas populares para uma boa governança pública (ARAÚJO, 2002; BAETA; PEREIRA; MUCCI, 2016; KAUFMANN; KRAAY; ZOIDO-LOBATÓN, 1999; MARINI; MARTINS, 2004; PETERS 2012; WORLD BANK (WB), 2008)

Seguindo caminho semelhante, Streit e Klering (2004; 2005), Streit (2006), Secchi (2009), Matias-Pereira (2010), Raquel e Bellen (2012) e Ribeiro Filho e

Valadares (2017) definem a governança pública como um conjunto de redes, atores e instituições interdependentes que, através de mecanismos de coordenação autônoma, devem alcançar objetivos comuns, visando o bem-estar da maioria. Nessa categoria são aventados, direta ou indiretamente, procedimentos deliberativos na estrutura administrativa, pressupondo a existência de espaços dedicados à participação popular nos processos de tomada de decisão, o que aproxima, de certo modo, essa categoria conceitual do modelo societal da administração pública apresentado por Paes de Paula (2005).

Para outra categoria, a governança é entendida como um ambiente de correlações inseridas na administração pública, envolvendo os atores estatais e institucionais – do alto escalão aos servidores – e os atores vinculados ao setor privado. Nesse paradigma conceitual, a coisa pública é entendida como um campo cercado por interesses – composto pelos chamados *stakeholders* –, o que demanda a criação de mecanismos ativadores que transformem, de forma transparente e eficaz, tais interações entre interesses públicos e privados em resoluções criativas para os problemas públicos (BOVAIRD; LOEFFER, 2003; BRASIL, 2011; COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE (CGG), 2003; INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTANTS, 2013; KISSLER; HIDERMANN, 2006; KOOIMAN, 2006; LOEFFER, 2001; MASSEY, JOHNSTON-MILLER, 2016 UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP), 2004).

Por fim, a categoria mais vezes apontada no Quadro 1 entende a governança como uma espécie de modelo regulatório composto por um conjunto de elementos que interrelacionam política, administração e finanças, influenciando diretamente no funcionamento de todo o aparato administrativo da gestão pública. Nessa consideração mais ampla, a governança funciona como um sistema, que para além da efetividade e eficiência, deve assegurar a legitimidade, legalidade e autonomia do Estado na condução das complexas redes intrainstitucionais, com vistas ao cumprimento das responsabilidades vinculadas à justiça social e ao desenvolvimento sustentável, tendo no *accountability*, ou seja, na prestação de contas e na transparência, seu principal trunfo para evitar e combater a corrupção e demonstrar para a população o caminho dos processos de tomadas de decisões da máquina pública (BARRETT APUD ANAO, 2003; COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, 2001; GRAHAM; AMOS; PLUMPTRE, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC), 2015; LYNN

JR.; HEINRICH; HILL, 2000; ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), 2004; RHODES, 1996; SLOMSK *et al.*, 2008).

Apesar das diferentes categorias conceituais identificadas, as quais são compostas por distintos enfoques, Teixeira e Gomes (2019, p. 543) destacam que há o consenso de que uma “boa governança é essencial para otimizar o desenvolvimento social, econômico, político e cultural [...]” das organizações e contextos sociais nas quais elas estão inseridas. Integrando esse raciocínio, de acordo com Alcântara, Pereira e Silva (2015, p. 23), de forma semelhante à interpretação oportunizada pelo Quadro 1, “pela maior parte da literatura, a governança pública é apresentada como um “modelo regulatório” cuja abordagem de gestão se encontra em diversas posições entre o gerencialismo e a gestão social”. Essa ideia de considerar a governança como um quadro que perpassa os diferentes modelos da administração também é compartilhada por outros autores, como Peci, Pieranti e Rodrigues (2008, p. 42), cujos estudos indicam que “[...] a governança não pretende ser um modelo organizativo e funcional de validade universal”, pois sua capacidade adaptativa lhe confere a possibilidade de “experimentação e aprendizagem via prova e erro”. Portanto, partindo desse arcabouço teórico, o conceito usado como parâmetro nesse estudo é o de que a governança pública constitui-se como um aparato de funcionamento da máquina pública que compreende mecanismos relacionados à dimensão operacional, sendo adaptável a diferentes modelos da administração, de acordo com a sua vocação, e estando, por conseguinte, em constante evolução.

De modo a ilustrar tal entendimento e aprofundar a reflexão teórico-conceitual sobre o tema, torna-se importante resgatar o clássico estudo de Paes de Paula (2005) que, embora não aborde diretamente a temática da governança pública, possibilita uma releitura através dessa ótica que facilita sua visualização como um elemento que permeia os diferentes modelos administrativos. No modelo gerencial, a governança volta-se para a eficiência e para o desenvolvimento de mecanismos relacionados à dimensão institucional-administrativa e econômico-financeira da administração pública; na gestão societal, por sua vez, há maior dedicação com as estruturas de incentivo à participação social e com a construção coletiva das políticas públicas, vinculando-se à dimensão sociopolítica (PAES DE PAULA, 2005).

Entretanto – e aqui há uma divergência importante em relação ao trabalho de Paes de Paula (2005) –, compreendendo a governança pública como um quadro

norteador preconizado constitucionalmente para a condução das políticas públicas, entende-se, para fins desse estudo, que as “ramificações” gerencial e societal não são excludentes entre si, pois os objetivos compartilhados entre ambas as perspectivas são a qualificação dos serviços ofertados pelo Estado, a inserção, em maior ou menor grau, de diferentes atores sociais nos processos de tomada de decisão e execução de políticas públicas, além da potencialização dos processos de responsabilização e transparência das ações dos agentes públicos envolvidos nessa estrutura (ALCÂNTARA, PEREIRA; SILVA, 2015; TEIXEIRA; GOMES, 2019).

Secchi (2009) corrobora com tal entendimento ao salientar que, empiricamente, existe um processo cumulativo de valores e saberes organizacionais na administração pública. De igual modo, Peci, Pieranti e Rodrigues (2008) advogam que a governança pública é flexível aos diferentes contextos socioculturais, baseando-se em diferentes tipos de redes de atuação adaptáveis às especificidades de cada país, estado ou município, tendo como fito principal a consecução de objetivos coletivos, através de um Estado ativador que garanta e coordene a ação de diferentes atores para uma produção conjunta do bem público. (ALCÂNTARA; PEREIRA; SILVA, 2015; KISSLER; HEIDEMANN, 2006; PETERS, 2013).

2.1.2 Aspectos práticos da governança pública

Para atingir a boa governança é essencial que a administração pública adote uma estrutura renovada, baseada na construção de condições favoráveis ao estabelecimento de redes horizontais de relacionamento, a fim de fomentar a articulação entre cidadãos e os chamados *stakeholders* ou grupos de interesse (ARAÚJO, 2002; STREIT; KLERING, 2004;). Forma-se, assim, um modelo cuja sustentação, de acordo com Frey (2004, p. 121) está na a) mobilização de “todo conhecimento disponível na sociedade em benefício da melhoria da performance administrativa e da democratização dos processos decisórios locais”; b), conforme Peters (2013, p. 29), no “estabelecimento de metas, coordenação das metas, implementação, avaliação, reações e comentários”, que possibilitam a mitigação da assimetria de informações entre agente e principal, aqui personalizados, respectivamente, em servidores públicos e cidadãos (TEIXEIRA; GOMES, 2019); e c), à luz de Araújo (2002, p. 7), na existência de um panorama favorável de governabilidade, supondo que, “em uma circunstância de caos, crise, ruptura ou

reversão institucional, será muito difícil (por melhor preparado no sentido técnico que seja o aparelho do Estado), senão impossível, atingir a governança *stricto sensu*”.

Ronconi (2011) alerta, no entanto, que esse incentivo ao estreitamento da relação entre estado e sociedade, promovido pelos instrumentos da governança pública, não deve limitar-se apenas a um caráter consultivo, mas sim em um processo dialógico que fomente a participação e inclusão social nas etapas de decisão, elaboração e implementação das políticas públicas, o que pode ser alcançado com mecanismos relacionados à democracia deliberativa, além da constituição de redes, como citado anteriormente (SECCHI, 2009). Para além dessas estruturas, Ronconi (2011, p. 30) sugere o envolvimento dos “cidadãos através de comitês, que servem como locais de negociações face a face entre agência representativa e vários cidadãos.” De forma complementar, Frey (2004, p. 120) aponta “o orçamento participativo, conselhos-gestores ou participação comunitária [...]” como outros possíveis caminhos.

Um exemplo concreto nesse sentido é o orçamento participativo desenvolvido no município de Porto Alegre, de 1989 até a segunda metade da década de 1990. Os resultados obtidos com o programa indicam que esse tipo de prática deliberativa – indispensável a um aparato de governança pública que priorize a participação popular –, tem potencial de fazer com que os participantes adquiram habilidades relacionadas ao orçamento público com vistas aos objetivos coletivos, fazendo com que os recursos sejam alocados de forma mais equitativa no território municipal, facilitando o processo de resolução dos problemas públicos de forma mais eficiente (EVANS, 2003).

Todavia, apesar dos fatores positivos relacionados ao desenvolvimento deliberativo, a dificuldade de tornar tais práticas perenes continua sendo um grande desafio colocado à governança pública, uma vez que os mecanismos colocados em prática estão sempre suscetíveis aos diferentes planos de governo de distintas gestões públicas, obstaculizando o processo de educação participativa que, de acordo com Bordenave (1994) deve ser um exercício constante. Além disso, o resultado da inserção de novos atores na dinâmica administrativa e de elaboração das políticas públicas pode ser a existência de conflitos e disputas oriundas da participação de sujeitos pertencentes a grupos sociais, políticos e de interesses diversos. Como alternativa às armadilhas oriundas dessas novas articulações, Frey (2007, p. 124) sugere a priorização dos “grupos de acordo com a substância do

problema ou do conflito que precisa ser resolvido”.

Ademais, importa mencionar que a governança pública não pode ser simplesmente imposta e que para ter a legitimidade democrática necessária deve ser fruto de uma troca de saberes constante entre os membros do alto e baixo escalão da administração pública, e, sobretudo, de negociações que envolvam representação popular, grupos de interesse e o poder legislativo, haja vista o caráter excessivamente normativo do Estado brasileiro (FREY, 2007; KISSLER; HEIDEMANN, 2006; TEIXEIRA; GOMES, 2019). Toda essa articulação e concepção de “regras do jogo” que, inclusive, definam, de forma equilibrada, os papéis, objetivos e responsabilidades de cada ator inserido nessa estrutura, são fundamentais para que, conforme Kissler e Heidemann (2006, p. 497), todo esse esforço não seja apenas “obra do acaso” de pessoas engajadas, mas sem papéis vinculantes”, ou, em outras palavras, para que essa ordenação dependa menos de pessoas e grupos políticos para tornar-se duradoura.

Concomitantemente a esse movimento, que visa fomentar a participação, a boa governança pressupõe também “uma gestão estratégica, gestão política e gestão da eficiência, eficácia e efetividade” (MATIAS-PEREIRA, 2010, p. 125), a fim de gerar a capacidade de a máquina pública obter, de forma hábil e tempestiva, “resultados alinhados entre o agente e o principal” (TEIXEIRA; GOMES, 2019, p. 526). Somam-se a isso as funções de avaliação, direção e monitoramento, que devem permear desde as fases iniciais de constituição das redes ou outros elementos de participação de atores profissionais, institucionais ou sociais, até as fases finais de implementação das ações ou políticas públicas (RIBEIRO FILHO; VALADARES, 2017; SECCHI, 2009).

Ultrapassada a dimensão política da governança pública, Nardes, Antounian e Vieira (2018), baseados em estudos e aprendizagens internacionais, debruçam-se, maiormente, na dimensão administrativa da matéria, salientando que a boa governança pública deve passar por dez componentes e práticas para que a sua qualidade seja aprimorada, a saber: pessoas e competências, princípios e comportamentos, liderança organizacional, sistema de governança, relacionamento com partes interessadas, estratégia organizacional, alinhamento transorganizacional, gestão de riscos e controle interno, auditoria interna e *accountability*, e transparência. Todos esses conceitos formam as práticas desejáveis da governança pública. Por conta disso, julga-se oportuno conceituar

cada uma delas, compondo os três eixos que compõem uma boa governança: liderança, estratégia e controle, elencados no Quadro 2:

Quadro 2 - Eixos, Dimensões e Etapas da Governança Pública

(continua)

Eixos	Dimensões	Etapas
LIDERANÇA	Pessoas e competências	Estabelecer um processo transparente na escolha de membros da alta administração.
		Capacitação e sistema de avaliação de desempenho.
	Princípios e comportamentos	Criar código de ética e conduta para os membros;
		Padrões de comportamento baseados em princípios constitucionais;
		Mecanismos de controle para evitar que preconceitos e conflito de interesses afetem os processos de tomada de decisão.
	Liderança Organizacional	Avaliar, direcionar e monitorar a gestão em relação às metas estabelecidas.
		Estabelecer políticas e diretrizes para o alcance de metas organizacionais.
		Assegurar a capacidade das instâncias internas de avaliar, direcionar e monitorar a organização;
		Gestão de riscos e controle interno;
		Avaliar os resultados das auditorias e tomar providências, se necessário.

Quadro 2 - Eixos, Dimensões e Etapas da Governança Pública

(continuação)

Eixos	Dimensões	Etapas
LIDERANÇA	Sistema de governança	Conceber instâncias internas de governança.
		Equilíbrio de poder e funções críticas.
		Divulgação do sistema de governança da organização às partes interessadas.
ESTRATÉGIA	Relacionamento com partes interessadas	Criar mecanismos de comunicação entre partes interessadas, assegurando sua efetividade.
		Participação social na governança da organização.
		Relação objetiva e profissional com a mídia.
		Assegurar que as ações atendam ao maior número possível de partes interessadas.
	Estratégia organizacional	Criação de gestão estratégica da organização.
		Monitoramento e avaliação de sua execução, dos principais indicadores e do desempenho organizacional.

Quadro 2 - Eixos, Dimensões e Etapas da Governança Pública

(conclusão)

Eixos	Dimensões	Etapas
ESTRATÉGIA	Alinhamento transorganizacional	Mecanismos de atuação conjunta, visando formular, implementar, monitorar e avaliar as políticas transversais e descentralizadas.
CONTROLE	Gestão de riscos e controle interno	Sistema de gestão de riscos e controle interno;
		Monitoramento e avaliação do mesmo.
	Auditoria interna	Prover condições para que a auditoria interna seja independente e eficiente.
		Assegurar que a mesma adicione valor à organização.
	Accountability e transparência	Transparência da organização às partes interessadas, excetuando situações de sigilo;
		Prestação de contas da implementação e resultados do sistema de governança;
		Avaliação a imagem da organização e satisfação com serviços e produtos;
		Apuração dos indícios de irregularidade.

Fonte: Adaptado de Nardes, Antounian e Vieira (2018).

Percorrendo caminho semelhante, Matias-Pereira (2010) também aponta alguns aspectos inerentes a um bom processo de governança, como: descentralizar o poder do governo central, através de comunicação frequente entre chefes do executivo e gestores das políticas públicas; cultivo ao “desejo de informar”, ultrapassando os simples mecanismos de transparência; tratamento equitativo aos *stakeholders*, desenvolvendo o compromisso de cada uma das partes com o interesse público; e estímulo à integridade, que, de acordo com o autor, “tem a ver com honestidade e objetividade, assim como altos valores sobre propriedade e probidade na administração dos fundos públicos. [...]” (MATIAS-PEREIRA, 2010, p. 123)

Tais instrumentos, mecanismos, componentes e práticas apontadas por diferentes autores, baseados em preconizações internacionais, legislações federais e produções bibliográficas acerca da temática possibilitam o funcionamento e aperfeiçoamento de toda a estrutura de governança, fazendo com que, por um lado, a administração pública usufrua de uma gestão efetiva dos bens públicos e, por outro, a sociedade tenha a oportunidade de fiscalizar e monitorar as atividades daqueles por ela nomeados, ressignificando a relação entre Estado e sociedade, viabilizando, ao menos teoricamente, a superação dos “mecanismos informais e obscuros de acesso aos centros decisórios [...] da cultura política brasileira (FREY, 2007, p. 139; PETERS, 2013; RIBEIRO FILHO; VALADARES, 2017). Além disso, tamanhas contribuições possibilitam, ainda, que aferições qualitativas sobre o tema possam ser realizadas, podendo fornecer, quando aliadas a índices e indicadores sociais, diagnósticos completos sobre o patamar de governança no país, estados e municípios.

2.1.3 Governança pública no Brasil e seus instrumentos legais

A emergência da governança pública no contexto nacional acontece, segundo Matias-Pereira (2010, p. 131) pelas “sérias dificuldades que o Estado brasileiro tem para tornar efetivas as suas ações, que em geral são morosas e inflexíveis, o que reflete na qualidade dos serviços públicos ofertados à população.”. De forma complementar, Teixeira e Gomes (2019), apresentam o processo de redemocratização do país, na década de 1980, caracterizado por uma pressão popular que urgia por serviços públicos de qualidade, como um fator que

potencializou a inserção de aspectos relacionados à eficiência e desempenho no setor público, visando minorar os vícios históricos referentes ao patrimonialismo e à burocracia da administração pública brasileira, tendo como principal marco a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Em relação aos aspectos normativos da governança pública, uma vez que esta se configura como um modelo regulatório que está intimamente relacionado ao “mundo dos sistemas”, há outros importantes marcos no Brasil além dos já citados artigos constitucionais que fazem menção a aspectos de uma boa governança e a mecanismos afeitos a esse modelo. Em 1995, foi elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que entendia como inadiável “a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua ‘governança’, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas” (BRASIL, 1995, p. 11). Dez anos depois, o Decreto nº 5.378/2005 instituiu o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), que trouxe, como um de seus objetivos, “promover a governança, aumentando a capacidade de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas”, que seria revogado 12 anos depois, pelo Decreto nº 9.094, de 17 de Julho de 2017. (BRASIL, 2005, p. 1).

Em 2016, a Lei 13.303 apontou avanços a respeito da matéria, mas focando apenas nas empresas estatais, tratando de temas como profissionalização das gestões, novas regras para nomeações, entre outras recomendações. (BRASIL, 2016). Em 2017, foi a vez da Política Nacional de Governança acrescentar, através do Decreto 9.203/2017, novos princípios, definições, diretrizes e mecanismos à governança pública no Brasil, além de conceituá-la como um conjunto de “mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.” (BRASIL, 2017a, p. 1). Atualmente, tramita na Câmara Federal o Projeto de Lei nº 9.163/2017, que estende o decreto em comento para os demais poderes da união, órgãos públicos e níveis de governo. Entre outras modificações, o Projeto de Lei traz, em seu texto, dispositivos referentes à estratégia governamental, mecanismos de participação da sociedade civil, transparência governamental e conteúdos mínimos para planos nacionais, setoriais e regionais, como “o diagnóstico do setor, que aponte as principais causas das deficiências detectadas e as oportunidades e os desafios identificados” (BRASIL, 2017b, p. 4).

2.1.4 Estudos sobre governança pública: da construção conceitual à aplicabilidade nos municípios

Alguns estudos com objetos semelhantes ao proposto nessa pesquisa já foram realizados, entretanto, com diferentes enfoques. Rocha (2015) analisa a evolução da governança pública no Brasil de acordo com os planos plurianuais elaborados a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988; Pereira (2019) se debruça sobre a governança na política pública de assistência social na cidade de São Paulo, destacando o papel dos burocratas de médio escalão nessa estrutura; e Pinto (2018) investiga a governança da política pública de saúde e suas demandas no município de Viçosa-MG, em conexão com a coordenação federativa. A seguir, realiza-se uma breve análise sobre cada um desses estudos.

Passando dos aspectos regimentais para os aspectos práticos da governança pública, convém abordar, a priori, o estudo realizado por Rocha (2015). Utilizando-se de uma abordagem qualitativa de arranjos de governança, tendo na análise documental sua principal estratégia de pesquisa, o autor buscou investigar as diferenças e evoluções dos projetos de Estado propostos nos seis planos plurianuais posteriores à Constituição Federal, abrangendo diferentes vertentes políticas e ideológicas que capitanearam o poder executivo federal nas últimas décadas, iniciando no governo de Fernando Collor de Mello até o de Dilma Rousseff (ROCHA, 2015).

O primeiro plano plurianual analisado é referente ao quadriênio 1991-1995, elaborado durante o Governo Collor, configurando-se como o primeiro documento desta natureza a ser aprovado pelo Congresso Nacional brasileiro. Apesar de cumprir a exigência constitucional para sua concepção, esse primeiro plano foi considerado um fracasso como uma ferramenta de planejamento, pois, de acordo com Rocha (2015, p. 22) “não contém visão de futuro e mecanismos de avaliação”, tampouco instrumentos de acompanhamento ou monitoramento das ações que seriam desenvolvidas, o evidencia o seu caráter predominantemente formal, focado mais no cumprimento de uma obrigatoriedade constitucional que propriamente na construção de um roteiro de ações e metas para a qualificação dos serviços ofertados pelo Estado. Seu foco principal voltava-se à redução e racionalização da máquina pública, através do corte de gastos, e à descentralização dos serviços ofertados à luz do pacto federativo, visando à máxima eficiência no setor público.

O plano plurianual posterior foi elaborado já durante o Governo de FHC (1996-1999), recebendo o nome de “Brasil em Ação”. Esse plano tinha como principal diretriz a estabilidade dos preços e a retomada de investimentos, tudo isso inserido em um contexto de reformas administrativas promovidas pelo MARE. Portanto, as dimensões que orientavam a ação do governo passavam pela “construção de um Estado moderno e eficiente; a redução dos desequilíbrios espaciais e sociais do país; e a modernização produtiva da economia brasileira.” (ROCHA, 2015, p. 25). Diferentemente do plano anterior, as metas foram regionalizadas e destacadas conforme tema e ações e projetos a serem desenvolvidos. As semelhanças ficam por conta da descentralização das políticas públicas a estados, municípios e Distrito Federal, e também ao setor privado e instituições não governamentais, cabendo ao Estado o papel de regulador. Em suma, esse plano não trouxe grandes avanços como uma ferramenta de planejamento.

No segundo plano do governo FHC (2000-2003), nomeado como “Avança Brasil”, a principal inovação foi a construção de um elo entre plano, orçamento e gestão e uma elaboração “organizada em programas, desdobrados em problemas ou oportunidades identificadas na sociedade” (ROCHA, 2015, p. 27). Portanto, diferentemente dos anteriores, nesse plano é possível identificar o público-alvo, os objetivos, ações e indicadores que seriam utilizados. Além disso, foi o primeiro plano da série histórica a citar a efetividade da ação estatal inserida em uma administração pública voltada para resultados e um Estado focado em fiscalização e regulação das ações empreendidas pelos “parceiros” – sociedade civil e setor privado.

O quarto plano analisado (Plano Brasil para Todos) foi o primeiro a ser elaborado pelo Governo de Luís Inácio Lula da Silva (2004-2007), em um contexto ideologicamente distinto aos planos anteriores. Apesar de a estrutura assemelhar-se à do plano anterior que avançou principalmente nesse aspecto, Rocha (2015) identifica a inserção de instrumentos de formulação participativa da sociedade para a revisão do plano e para a implementação de políticas. Identificou-se também menções à construção de políticas públicas conjuntas entre União, estados, municípios e Distrito Federal, fazendo com que o papel regulador e fiscalizador de outrora fosse superado por um caráter coordenativo que o Estado passaria a desempenhar. Caminho semelhante foi percorrido pelo segundo plano do Governo

Lula (2008-2011), no qual houve a tendência de continuidade à agenda preconizada no plano anterior. As principais inovações identificadas foram, “o Marco Lógico como instrumento de planejamento e a forte preocupação com o desenvolvimento regional”, tornando o fator território como eixo fundante das ações a serem empreendidas (ROCHA, 2015, p. 31).

O último plano analisado foi o elaborado para o período 2012-2015 já no governo de Dilma Rousseff, chamado de “Plano Mais Brasil”. Incorporando discussões sobre planejamento promovidas à época, Rocha (2015) identificou mudanças significativas em relação aos planos anteriores. A primeira delas é a migração do detalhamento das ações para a Lei Orçamentária Anual (LOA), enfatizando a distinção e complementariedade entre plano e orçamento. Outra diferença percebida foi a superação do debate regional do plano anterior para a promoção de “diálogos federativos” com macrorregiões do país para a superação das desigualdades. Configurou-se como um planejamento que visava assimilar “arranjos Estado-Estado e Estado-Mercado”, envolvendo sociedade e entes federativos para o monitoramento do programa. (ROCHA, 2015, p. 33).

Analisando a evolução do tema planejamento e as vicissitudes do contexto econômico e político das últimas décadas no Brasil, Rocha (2015) conclui que os planos tendem a privilegiar os resultados, principalmente a partir do plano plurianual aprovado em 2000. Da mesma forma, os planejamentos caminharam em direção à busca por efetividade e presença do estado na entrega das políticas públicas, seja de forma direta ou indireta, o que tornou as relações entre o Estado e entes federativos e Estado e iniciativa privada cada vez mais complexas, demandando grande capacidade de coordenação na administração pública federal – ferramenta inerente à boa governança.

Uma análise da governança pública de forma mais focalizada é realizada por Pereira (2019) acerca da política de assistência social na cidade de São Paulo, destacando o papel dos burocratas de médio escalão, peças fundamentais para o alinhamento de metas dos membros do alto escalão e os servidores que estão na “ponta” da política e têm contato direto com seus usuários. Esses elementos-chave da análise empreendida pelo autor são supervisoras e supervisores da assistência social, que estão no nível intermediário da estrutura e são responsáveis pelas “interações formais e informais entre atores de distintas filiações organizacionais” que compõem a rede socioassistencial da capital paulista, consideração importante,

haja vista a relevância das organizações da sociedade civil para a oferta de serviços da política de assistência social a contento (PEREIRA, 2019, p. 18).

Para apreender tais conexões entre atores estatais e não estatais, bem como seus respectivos perfis e influência no funcionamento da estrutura, o autor lançou mão de uma pesquisa qualitativa composta: a) por uma revisão da literatura sobre a temática, que já apontava certa negligência de pesquisas sobre esses servidores posicionados entre o topo e a base da política pública de assistência social no município; e b) pela aplicação de entrevistas semiestruturadas aos membros envolvidos na política pública (no total, 19 entrevistas foram realizadas). Além disso, também foram consultados documentos atinentes ao tema, como leis, decretos, portarias e dados orçamentários relacionados aos convênios firmados entre poder público e organizações da sociedade civil, bem como a base de dados sobre os servidores municipais da cidade de São Paulo. (PEREIRA, 2019).

Em relação à estrutura, existiam 32 Supervisões de Assistência Social distribuídas regionalmente pelo município. Quanto maior o número de equipamentos existentes em determinada região, como Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência da População em Situação de Rua (Centro POP), maiores e mais complexas são as supervisões e suas interações com as organizações da sociedade civil. Nesta senda, Pereira (2019) identificou a existência de três perfis principais entre as supervisoras: supervisoras de carreira (efetivas da prefeitura municipal de São Paulo); supervisoras comissionadas (contratadas por livre nomeação); e supervisoras aposentadas (servidoras que já se retiraram da prefeitura municipal e foram convidadas a assumirem o cargo de supervisoras).

Como principais resultados, Pereira (2019) salienta que as supervisoras de assistência social têm papel fundamental na assinatura de convênios, além da supervisão dos serviços onde estão territorialmente inseridas. Grande parte do tempo de serviço dessas servidoras é dedicada à dimensão relacional do trabalho e à filtragem de informações que devem ou não ser repassadas das equipes dos CRAS, CREAS e Centros POP ao alto escalão da política. A análise dos comportamentos das supervisoras através dos perfis elencados anteriormente mostrou-se oportuna, uma vez que os perfis encontrados estão intimamente ligados à atuação de cada uma delas. (PEREIRA, 2019). Para além das atribuições que permeiam o fazer profissional das supervisoras, o autor encontrou outro importante

componente envolvido nas relações internas da política de assistência social do município de São Paulo: o vereador, ator que costuma ter papel decisivo nas nomeações de supervisoras, ao lado da Secretaria Municipal que gerencia a pasta e das Organizações da Sociedade Civil. Tais nomeações costumam seguir um padrão: quanto maior e mais complexa a região onde está localizada a Supervisão de Assistência Social, mais experientes são as profissionais convocadas para o trabalho.

Especificamente sobre as Organizações da Sociedade Civil, Pereira (2019) destaca que essas são divididas em: entidades grandes – especialistas em determinados serviços e que atendem extensas regiões –, as intermediárias – voltadas, principalmente, para a oferta de serviços de média complexidade –, e um grupo de entidades menores – que ofertam, em sua maioria, serviços relacionados à proteção básica. O tamanho dessas entidades está diretamente relacionado ao nível de influência e participação que elas possuem nas instâncias decisórias da política pública. A esse respeito, o autor chama especial atenção à relação de interesse mútuo existente entre os vereadores e essas organizações, sejam elas de grande, médio ou pequeno porte. As organizações utilizam-se dessa relação para acessar recursos através de emendas parlamentares e os vereadores, por sua vez, visam obter capital político, acessando os usuários dos serviços ofertados por essas entidades. Desta forma, a influência dos membros do legislativo relaciona-se até à criação, localização e implementação de novos serviços a serem ofertados.

O estudo de Pereira (2019) enfatiza as complexidades impostas à política de assistência social devido à vastidão de serviços ofertados e aos diferentes perfis e níveis de influência dos atores, atrizes e até de projetos de governo que interferem em toda a sua estrutura. Os resultados demonstram que a governança, aqui entendida como as relações informais e formais no interior da política pública, influi diretamente nas capacidades do estado para a sua oferta, abrindo caminho para pesquisas que investiguem, além das interações, os impactos causado nos serviços ofertados à população e, conseqüentemente, nos resultados da política pública de assistência social.

Passando para a política de saúde, Pinto (2018) traz uma análise da governança e das demandas do setor no município de Viçosa-MG, contextualizando as descobertas com a coordenação federativa brasileira. Para tanto, buscou-se considerar não apenas o processo de governança, mas também a sua estrutura, que

envolve a incorporação das demandas populares ao cotidiano da política pública, e o federalismo, entendido como a cooperação e coordenação da política de saúde pelo governo federal, embora seja mantida a autonomia de estados e, principalmente, de municípios para o desenvolvimento das ações e serviços vinculados à pasta. A metodologia utilizada para alcançar esses objetivos foi uma pesquisa aplicada, através de instrumentos de coleta de dados como entrevistas a profissionais da secretaria municipal de saúde de Viçosa-MG, além da análise de documentos oficiais da secretaria e observação participante realizada durante todo o processo de coleta dos dados. As categorias de análise foram divididas em três dimensões, a saber: coordenação federativa, que abarca comando, cooperação, autonomia e responsabilidade; governança pública, compreendendo processo e estrutura; e, por fim, as demandas municipais.

A priori, em relação à coordenação federativa, Pinto (2018) revela que é possível identificar aspectos positivos, como incentivo à cooperação entre municípios para a oferta de serviços de saúde (por meio de convênios, por exemplo), criando uma ótica de política pública regionalizada, além de citar os estímulos à realização de conferências e à criação de ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pontos negativos ficam por conta da “redução da autonomia normativa e financeira do município e falta de capacidade financeira para garantir a integralidade dos serviços de saúde.” (PINTO, 2018, p. 220). Especialmente sobre o município de Viçosa-MG, a autora advoga que a coordenação federativa é importante para a indução à aderência de programas federais de saúde que são relevantes no âmbito local, mas, quando o foco volta-se aos aspectos financeiros, os recursos repassados são insuficientes e devem ser complementados pelo poder público municipal.

Sobre o nível e características de governança encontrados na estrutura da política de saúde do município de Viçosa-MG, Pinto (2019) apresenta algumas limitações ao atendimento de determinadas demandas que vão além da já mencionada dificuldade financeira, mas relacionam-se também à carência de recursos humanos e à difícil relação entre gestão pública e sociedade civil devido à deficiência dos espaços deliberativos. Portanto, a estrutura de governança pública foi entendida como uma estrutura híbrida, que traz características afeitas ao modelo hierárquico e ao modelo de governança em redes, mas de forma pouco articulada, materializadas em: “fragilidade das vocalizações das demandas da

sociedade; representações societais frágeis [...] e dificuldades em reconhecer as demandas específicas do município”. (PINTO, 2018, p. 221).

Assim, a autora conclui que, apesar da inserção e organização hierarquizada de atores governamentais na estrutura da política de saúde, as históricas deficiências da administração pública brasileira, onde se insere a centralização de recursos e dos processos decisórios, são fatores fundamentais para a dificuldade de assimilação das demandas de saúde dos municípios, o que “justifica a necessidade do comando federal por parte do município, uma vez que o governo municipal não consegue se organizar administrativamente para reconhecer as próprias demandas” (PINTO, 2018, p. 221), além de apontar um caminho empírico a ser pesquisado acerca da governança pública e o atendimento às demandas em nível municipal.

2.2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Historicamente, a assistência social foi uma prática atrelada diretamente à caridade e intimamente ligada à igreja católica, configurando-se, durante muitos anos, como um dever cristão daqueles que a desempenhavam (SILVA, 2006). Tal fato justifica a “fragilidade institucional e o viés clientelista” que Monerrat e Souza (2011, p. 43) apontam como os principais fatores que obstaculizaram a construção histórica e a consolidação da política de assistência social no aparato público e legal brasileiro, sendo negligenciada como direito daqueles que necessitam e como dever do Estado até a promulgação da Constituição Federal de 1988 (PEREIRA, 2007).

Para o entendimento da transformação conceitual e política acerca da assistência social, faz-se necessária uma breve cronologia de importantes ações que antecederam a construção da Carta Magna. Especialmente a partir dos anos de 1930, o governo brasileiro, à época capitaneado por Getúlio Vargas, empreendeu ações que, embora não estivessem propriamente submetidas à política de assistência social – que sequer existia –, tinham um forte apelo social, como é o caso da criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) e a formação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em novembro de 1930. (CARVALHO, 2008).

Apesar dos tímidos avanços que se seguiram, a assistência social continuou sendo secundarizada e não reconhecida como política pública, uma vez que as ações sociais empreendidas eram costumeiramente contaminadas pelo compadrio e

clientelismo característicos da política econômica e social da administração pública brasileira cujo impacto principal foi a supressão da perspectiva do direito que transformou, naquele momento, a relação entre Estado e sociedade civil em uma relação de subalternidade, na qual cobrava-se a lealdade daqueles que recebiam os serviços ou benefícios ofertados (YAZBEK, 2015). Conforme Fagnani (2008), o panorama começou a se transformar ao fim do regime militar, quando iniciou-se um amplo debate democrático e social que se materializou na Constituição Federal brasileira, onde a assistência social passou a ser considerada uma política pública a ser “prestada a quem dela necessitar” formando, ao lado da previdência social e saúde, a chamada tríade da Seguridade Social (BRASIL, 2012, p. 122).

Esse redimensionamento e definição da política de assistência social como direito, integrando-a à seguridade social, indubitavelmente, concedeu-lhe um novo *status* na arena da gestão pública nas esferas federal, estadual e municipal, abrindo caminho para a superação do estigma assistencialista ao qual foi, conforme apontado alhures, historicamente relacionada (MONERRAT; SOUZA, 2011). Nesta senda, em 1993, foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que, além de ratificar os preceitos constitucionais em relação à política, trouxe, de acordo com Monerrat e Souza (2011, p. 45), “um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas”, transformando o paradigma anterior de população “favorecida” em usuários e beneficiários da política pública de assistência social. Além disso, a lei também aponta a importância da intersetorialidade³, quando preconiza o estabelecimento de vínculos com políticas públicas afins para o desenvolvimento de ações que não apenas mitiguem, mas que atuem efetivamente sobre as múltiplas complexidades oriundas da questão social. (BRASIL, 2004; PEREIRA, 2007).

Não obstante os avanços normativos empreendidos desde a segunda metade da década de 1980, Yazbek (2015, p. 35) destaca que, na prática, as políticas sociais nas duas últimas décadas do século XX eram marcadas pela tímida efetividade social devido à subsunção da política à lógica do mercado, tornando-a “incapaz de modificar [...] o perfil de desigualdade social que marca a sociedade brasileira”. Nesta senda, Monnerat e Souza (2011) apontam que a política de

³ É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas. (JUNQUEIRA, 1998, p. 15)

assistência social para o enfrentamento da pobreza e das desigualdades historicamente engendradas na sociedade brasileira só passou a ocupar lugar de destaque na administração pública federal a partir do primeiro mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, mais precisamente, no ano de 2003. Nesse período, o enfoque na assistência social pôde ser notado com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), visando à profissionalização para “romper com o legado clientelista e assistencialista que marca esta área” (MONERRAT; SOUZA, 2011, p. 46).

Além da evolução no que diz respeito à gestão da política, o âmbito de planejamento e sistematização da assistência social também passaram por grandes avanços. O primeiro deles foi a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004, que estabeleceu as diretrizes para a condução da política, indicando: sua descentralização político administrativa, de modo a considerar as particularidades de cada região do país; participação popular no processo de formulação das políticas; primazia da responsabilidade do Estado na condução da política; centralidade na família na execução e formulação dos programas e benefícios assistenciais. Entre outros avanços, a PNAS também reforça a necessidade do trabalho em rede socioassistencial⁴, bem como corrobora a indispensabilidade pela busca por ações intersetoriais, que já era preconizada pela LOAS, como metodologias que garantem o funcionamento efetivo do sistema. (BRASIL, 2005; COUTO, 2009).

Na esteira dessas evoluções, em 2005, foi criado o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), operacionalizado através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social comumente conhecida como NOB/SUAS, configurando-se como um “mecanismo organizador dos preceitos, disposições, ações e procedimentos previstos na LOAS e na PNAS” (PEREIRA, 2007, p. 69). Além disso, esse importante documento também “prevê uma estrutura unificada com partilha de responsabilidades entre os entes federados e as instâncias do sistema descentralizado e participativo [e] institui atividades de informação, monitoramento e avaliação.” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 46).

A despeito das atualizações do arcabouço normativo que regulamenta a política de assistência social, alguns autores questionam a estruturação do SUAS,

⁴ [...] oferta pública de uma rede continuada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social. (SPINK, 2016, p. 286).

como é o caso de Pereira (2007), que destaca a necessidade de criação de uma identidade própria para a assistência social e chama a atenção para a importação de termos relacionados à área da saúde para o campo assistencial, onde incluem-se termos como “assistência”, “atenção” e “coletivo”, que, se comparadas, possuem conotações diferentes em cada uma dessas áreas. Os níveis de complexidade das demandas sociais também parecem fundamentar-se nas complexidades patológicas da área da saúde, dividindo-se em baixa, média e alta complexidades.

Contudo, Couto (2009), Monnerat e Souza (2011) e até mesmo Pereira (2007), de forma unânime, apontam a importância do trabalho em rede para a consolidação das diretrizes que fundamentam a política, fator considerado indispensável garantir o funcionamento do sistema e, por extensão, sua efetividade. O caminho para o desempenho das ações a contento passa também por uma atenção especial ao orçamento da política, aos mecanismos de monitoramento e avaliação e à formulação de relatórios anuais de gestão, exigindo um robusto processo de governança na gestão pública municipal da política de assistência social. Para projetar essa gestão, é imperativo diagnosticar e conhecer a realidade onde os equipamentos assistenciais estão inseridos, sendo o CRAS (baixa complexidade) e o CREAS (alta complexidade) além de locais de acolhimento e resposta às demandas sociais, fortes elementos de articulação da rede onde estão implantados (COUTO, 2009).

O trabalho em rede requer ampla capacidade de coordenação pública e não se trata apenas de um conjunto de instituições assistenciais existentes (COUTO, 2009). De acordo com Monnerat e Souza (2011, p. 47) trata-se de um processo “altamente complexo porque não pode dispensar o envolvimento de um número muito elevado de atores, além de exigir uma estrutura política e institucional que favoreça a cooperação e o compartilhamento de objetivos”. De igual modo, também há a necessidade de inserção dos cidadãos e da população usuária dos serviços assistenciais na dinâmica e construção da política pública através de instrumentos deliberativos, visando substituir a histórica subalternidade dos assistidos pela emancipação social, política e econômica (YAZBEK, 2015).

Dessa forma, requisita-se, cada vez mais, uma gestão pública que empreenda ações intimamente ligadas aos aspectos desejáveis de governança pública apontados pela literatura, passando pela estratégia, liderança e controle das ações desenvolvidas pelos equipamentos assistenciais públicos em conformidade com os

outros componentes da rede socioassistencial e da inserção de atores sociais nos processos de tomadas de decisões, pois “cabe ao Estado estruturar o sistema e resguardar o atendimento às necessidades sociais.” (COUTO, 2009, p. 208).

Embora não aborde a participação social na política pública, o estudo de Costa e Almeida (2019) aponta algumas fragilidades e potencialidades na constituição da rede socioassistencial na cidade de Caxambu – composta pelo CRAS, CREAS, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Casa da Criança e Asilo Santo Antônio – abrindo campo para a reflexão sobre os processos de governança que podem ser adotados para a mitigação ou até mesmo superação dos óbices que permeiam o trabalho assistencial em rede no município, como apresenta o tópico a seguir.

2.2.1 Aspectos pontuais sobre a rede socioassistencial de Caxambu-MG

A fim de identificar o nível de resolutividade, bem como as fragilidades enfrentadas pela rede socioassistencial do município de Caxambu-MG, Costa e Almeida (2019), lançaram mão de entrevistas semiestruturadas e formulários com atores sociais envolvidos diretamente com as ações empreendidas pelos equipamentos sociais que compõem essa rede, excetuando-se apenas o Asilo Santo Antônio. Fizeram parte da pesquisa, portanto, oito respondentes, dividindo-se entre gestores, presidente de associação e quatro profissionais técnicos das entidades socioassistenciais. Além disso, também compuseram a amostra seis respondentes usuários dos serviços dessas instituições.

Dentre os principais resultados obtidos, Costa e Almeida (2019) destacam os problemas financeiros e o retrocesso nas políticas públicas sociais a nível federal como elemento obstaculizante das ações assistenciais que fora unanimemente apontado pelos respondentes que compõem o corpo gestor e técnico das instituições. Do mesmo modo, a modalidade dos cargos técnicos também foi bastante destacada, haja vista a predominância de contratos temporários nas entidades públicas, o que corrobora com a frágil institucionalização da assistência social apontada por Monnerat e Souza (2011, p. 46), salientando que a ausência de um corpo técnico efetivo e estável “dificulta a sedimentação de uma memória técnica setorial.”. Todavia, a esse respeito, o município de Caxambu passava por um momento de transição do funcionalismo público, com a realização de um concurso

público meses antes da pesquisa, o que, possivelmente, aponta que o problema não existirá a médio e longo prazo. (COSTA; ALMEIDA, 2019)

Especificamente sobre o trabalho em rede, identificou-se severa deficiência na articulação entre as entidades que a compõem. Diferentes profissionais de instituições distintas citaram que a rede não funciona e que, apesar de haver comunicação entre os órgãos, não há respostas ou feedbacks de relatórios ou encaminhamentos – o que impossibilita a referência e contrarreferência dos serviços –, dificultando o atendimento das demandas em sua totalidade. (COSTA; ALMEIDA, 2019, p. 25).

De acordo com Couto (2009, p. 209), a consolidação de um trabalho em rede passa pela “oferta contínua e sistemática de uma rede constituída e integrada, com padrões de atendimento qualificados e pactuados, com planejamento, financiamento e avaliação”, o que vai ao encontro da liderança, estratégia e controle, apontados por Nardes, Antounian e Vieira (2018) como indispensáveis para um bom sistema de governança.

Para o enfrentamento do obstáculo da desarmonia na rede socioassistencial de Caxambu, Costa e Almeida (2019) relatam que no momento da pesquisa, algumas ações de gestão já começavam a ser tomadas no sentido de promover reuniões interinstitucionais uma vez ao mês visando à coesão dos serviços socioassistenciais. Tal movimentação relaciona-se também a alguns pontos dos aspectos desejáveis de governança pública salientados por Nardes, Antounian e Vieira (2018), especificamente, estratégia e liderança organizacional. Entretanto, o estudo não avalia como tal ação é conduzida no município e não sugere nenhum tipo de ação intersetorial com a política de saúde que compõe a tríade da seguridade social. Esse trabalho conjunto, conforme abordado na seção anterior, é exaustivamente preconizado pelos documentos jurídico-normativos que regem a política de assistência social.

2.3 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde percorre trajetória semelhante à da assistência social no que diz respeito ao seu aparato normativo e, principalmente, à sua transformação, impulsionada pelo processo de redemocratização do país na década de 1980. Assim como no caso anteriormente abordado, a saúde tem na Constituição Federal um

importante marco, mas foi a partir do Movimento da Reforma Sanitária e, especificamente, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o paradigma de saúde no Brasil começou a ser transformado no campo político e de gestão pública.

O movimento finca raízes na década de 1970, ainda no início da luta pela redemocratização do país. Diversos setores se mobilizaram, entre eles, técnicos, sociedade civil, sindicatos e partidos políticos de esquerda – à época ilegais. Em 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e, três anos mais tarde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que, de acordo com Paim *et al.* (2011, p. 18), “propiciaram a base institucional para alavancar as reformas” e as propostas que fundamentariam o SUS. A saúde que fora, durante décadas, tratada como um fator puramente biológico e resumida a ações somente curativas, começava a passar por uma remodelagem conceitual, passando a ser compreendida como um fator biopsicossocial, resultado de fatores e condicionantes relacionados a aspectos sociais, financeiros, habitacionais e ambientais, que também demandava ações preventivas e promotoras de saúde ou a chamada integralidade dos serviços. (CARVALHO, 2013; PAIM *et al.*, 2011)

Além das propostas já elencadas, o movimento defendia também um sistema de saúde universal e descentralizado, bem como a politização da temática, visando dotar a população de maior consciência sanitária e promover maior visibilidade às propostas defendidas, para que fossem, enfim, inseridas e debatidas na agenda governamental. Nesta senda, em 1986, as proposições foram reunidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, que, diferentemente das anteriores, contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, sendo considerada, ainda hoje, símbolo do movimento de Reforma Sanitária no Brasil. (BRAVO, 2006).

De fato, a partir desse momento, a saúde no Brasil supera a simples análise setorial e passa a ser entendida de forma mais ampla. As propostas do Movimento de Reforma Sanitária impactaram diretamente no texto constitucional de 1988, momento no qual, após décadas de luta, são reconhecidos “o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral.” (PAIM, 2013, p. 1928). Tais avanços configuraram-se como uma

transformação no modelo securitário brasileiro, integrando diversas políticas públicas para a promoção da saúde e rompendo com as tradicionais injustiças sociais engendradas na sociedade brasileira, onde as classes dominantes foram historicamente privilegiadas com a tendência de privatização da coisa pública. (BRAVO, 2013; MONNERAT; SOUZA, 2011).

Apesar dos avanços da Constituição Federal no que diz respeito à saúde, sua regulamentação só aconteceu em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei 8080/90), também seguindo a direção da Reforma Sanitária. Carvalho (2013) divide os princípios do texto constitucional e da LOS, que norteiam o funcionamento do SUS, em tecnoassistenciais e tecnogerenciais, sendo eles, respectivamente, o conjunto de diretrizes relacionadas à universalidade do acesso, integralidade e igualdade de assistência, à equidade e resolutividade dos serviços, ao direito à informação e autonomia das pessoas e à articulação intersetorial entre as políticas e programas de interesse da saúde; o outro grupo compreende as diretrizes para a descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, a participação da comunidade, a complementariedade do setor privado e o financiamento tripartite, envolvendo União, estados e municípios, sendo, os dois últimos os “efetores finais das ações de saúde”. (BRASIL, 1990; CARVALHO, 2013, p. 24). Ademais, o sistema de saúde brasileiro organizou-se em três níveis de atenção, sendo eles a atenção primária ou básica, atenção secundária ou especializada e atenção terciária ou hospitalar. (PAIM *et al.*, 2011).

Contudo, por conta da forte ofensiva neoliberal no governo brasileiro do início da década de 1990, os princípios e diretrizes estabelecidos não foram incorporados à agenda política de forma satisfatória, principalmente àqueles referentes ao financiamento da política de saúde e, sobretudo, à intersetorialidade dos serviços visando melhores resultados de saúde, mantendo-se a segmentação das três políticas que compõem a seguridade social. (BRAVO, 2013; MONNERAT; SOUZA, 2011). Por muito tempo, o princípio da integralidade também foi negligenciado, tendo em vista que as ações hospitalares sobrepujavam as ações promotoras e protetoras da saúde, entretanto, após o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello, no governo de Itamar Franco foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), voltado para a “reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas.”. (PAIM *et al.*, 2011, p. 22).

Nos anos e governos posteriores, o PSF foi ampliado e a política de Saúde avançou em diversas frentes. Entre 1995 e 2002, no governo de Fernando Henrique Cardoso houve a implantação da política de medicamentos genéricos e organização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), configurando um salto no que diz respeito à regulação e fiscalização dos serviços relacionados à saúde. No governo Lula, foram implantados o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as políticas de saúde mental – onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel fundamental –, e as políticas de saúde bucal, através do Programa Brasil Sorridente. No mandato de Dilma Rousseff, foi aprovada a Lei Complementar 141, que versa sobre “os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]”. (BRASIL, 2012, p.; PAIM, 2013).

A despeito do desenvolvimento do sistema de saúde nas últimas décadas, os antigos desafios persistem e outros emergiram durante os últimos anos. No que corresponde ao orçamento, em 2016, no governo de Michel Temer, houve a aprovação da Emenda Constitucional 95, que congela os investimentos públicos limitando seu aumento à inflação do ano anterior, o que traz profundos impactos financeiros às políticas públicas sociais, onde se insere a política de saúde. (PAIVA *et al.*, 2016).

Em relação à integralidade, apesar da atenção primária ter se desenvolvido a ponto de expandir sua cobertura territorial, viabilizando o acesso aos serviços de maior complexidade (secundários e terciários), sua plena consecução continua sendo um obstáculo ao sistema público de saúde, tendo em vista as restrições orçamentárias que afetam diretamente a infraestrutura dos serviços ofertados, principalmente em municípios de pequeno porte. (PAIM *et al.*, 2011; PAIM, 2013). As estratégias encontradas para driblar tais obstáculos são, por um lado, a utilização das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visam, conforme PAIM *et al.* (2011, p. 23), “o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais” e, por outro, como destacam, Monnerat e Souza (2011, p. 44), o “[...] incentivo à regionalização dos serviços via criação de consórcios intermunicipais [...]”, o que não é suficiente para solucionar os problemas intramunicipais mencionados anteriormente.

Outros desafios que outrora já se manifestavam são cada vez mais

intensificados devido às metamorfoses na tessitura social e demográfica brasileiras, que demandam, como nunca antes, a promoção do modelo intersetorial de saúde. Mais específicos a aspectos técnicos e gerenciais, destacam-se, também, a focalização e precarização dos serviços prestados, a excessiva terceirização dos recursos humanos, sentida, sobretudo, na intensiva contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) de forma transitória, e, ainda, o persistente desinteresse político para o tardio e urgente conseguimento da Seguridade Social. (BRAVO, 2013; PAIM *et al.*, 2011).

Não obstante as estruturas legais e de gestão que, nos últimos trinta anos, configuraram um salto qualitativo na governança em saúde no Brasil, a desresponsabilização dos atores, a assimetria entre os poderes integrantes da rede e a inconsistência política e, por conseguinte, de gestores, tendem a continuar comprometendo a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde pública brasileiros. (PAIM *et al.*, 2011). Para a correção desses desvios, à luz de Carvalho (2013, p. 12), mecanismos de controle, fiscalização e avaliação podem ser regularmente implementados acerca “da ação de saúde, do serviço, da instituição, dos profissionais, dos contratos-convênios, dos planos e seguros de saúde etc.”, seja através do controle público institucional, executado pelos próprios órgãos públicos, ou pelo controle público social, empreendido pela sociedade sobre os equipamentos públicos de saúde.

2.3.1 Aspectos pontuais sobre o serviço público de saúde em Caxambu-MG

A rede de equipamentos públicos vinculados à saúde no município de Caxambu-MG é composta por serviços de atenção primária, secundária e terciária, ofertados, respectivamente, por seis Postos de Estratégia Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde (UBS); por uma Farmácia Municipal vinculada à Policlínica, que oferece atendimentos de saúde especializados; e pelo Hospital, que atende às demandas que exigem maior nível de atenção e serviços de maior complexidade. (CAXAMBU, 2020).

Pereira e Almeida (2018) realizam uma breve análise da equipe multidisciplinar da Policlínica Municipal de Caxambu e identificam certas carências e dificuldades que obstaculizam os serviços de saúde do município. O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é adotado pela Prefeitura Municipal da cidade, através de

convênios intermunicipais, disponibilizando o transporte à população que necessita de serviços de saúde, como exames, consultas e procedimentos cirúrgicos que a rede intramunicipal não oferta. A escassez de recursos financeiros também é apontada como um dificultador, considerando que, de acordo com os dados obtidos por meio de entrevistas com profissionais técnicos da área de saúde da Policlínica Municipal, a entrada de pessoas de outros municípios, estados e regiões na cidade é grande, e o sistema de saúde acaba sobrecarregado, pois os repasses financeiros são baseados no último Censo, mas o número de pessoas cadastradas no sistema de carteiras de saúde do município é consideravelmente maior.

Além disso, o estudo de Pereira e Almeida (2018) também aponta a inexistência de um trabalho interdisciplinar harmônico na Policlínica da cidade, principal equipamento da atenção secundária municipal. Apesar de não trazer análises das demais instituições de saúde como os ESFs, a UBS e o Hospital do município, o resultado demonstra certo descuido com a abordagem biopsicossocial da saúde na atenção especializada da cidade, o que é amplamente preconizado pelo conjunto de normas e leis que estruturam a política de saúde no Brasil.

O estudo em comento não explicita se, como e quais estratégias estão sendo implementadas pela Prefeitura Municipal para a superação desses e outros gargalos que estão expostos no sistema de saúde de Caxambu-MG. Compilando a estrutura teórica que compõe a presente pesquisa, entende-se que, assim como no caso da rede socioassistencial do município, medidas para o enfrentamento dessas questões passam pelo exercício de práticas afeitas à governança pública, como as já citadas liderança e estratégia organizacional, mas, também, por práticas de controle e auditorias internas, relacionadas à avaliação e monitoramento dessas políticas públicas. (NARDES; ANTOUNIAN; VIEIRA, 2018).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida através de uma pesquisa qualitativa, especificamente por meio de um estudo de caso, que é aquele tipo de estudo caracterizado por uma pesquisa empírica baseada em fontes de evidências e dedicado a fenômenos e contextos cujos impactos, relações e especificidades não são bem conhecidas e/ou estabelecidas, visando verificar a relação com a realidade de modo a obter várias interpretações acerca do objeto de estudo, e, por conseguinte, uma análise mais detalhada sobre o assunto (YIN, 2015; RAMOS; RAMOS; BUSNELLO, 2003).

Quanto à classificação dos objetivos, configurou-se, a princípio, como uma pesquisa de cunho exploratório – no sentido de construção, confirmação e correlação da realidade com a teoria (MINAYO, 2009) – e, também, descritivo, na direção de proporcionar maior familiaridade e explicitar o problema, além de identificar, registrar e analisar as características, fatores ou variáveis que se relacionam com determinado fenômeno ou processo. (GIL, 2002; PEROVANO, 2014). No caso, a identificação das práticas de governança nas políticas públicas municipais de assistência social e saúde de Caxambu-MG.

Em relação aos procedimentos, caracterizou-se como: a) uma pesquisa documental, que é aquela que “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico” (GIL, 2008, p. 51) como o Plano Municipal de Saúde (PMS), o Plano de Desenvolvimento Econômico Municipal (PDEM), Planos de Governo de 2017-2020 (PG1) e 2021-2024 (PG2) elaborados pela atual administração do município de Caxambu-MG; e b) uma pesquisa de campo, que é aquela em que o “objeto é abordado em seu ambiente próprio” (SEVERINO, 2007, p. 123).

3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para a coleta dos dados, foram utilizados três modelos de entrevistas semiestruturadas, “que combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à

indagação formulada” (MINAYO, 2009, p. 64). Cada roteiro de entrevista, de elaboração própria, foi direcionado a diferentes componentes da estrutura de gestão municipal de Caxambu-MG, tais como prefeito (APÊNDICE A); secretários da política de Assistência Social e saúde (APÊNDICE B), cargos diretivos da Assistência Social municipal, coordenadores dos postos de Estratégia Saúde da Família (ESF) e policlínica, além dos demais cargos que conduzem os equipamentos públicos relacionados às políticas públicas municipais de assistência social e saúde (APÊNDICE C), tencionando identificar as práticas de governança pública ligadas à liderança, estratégia e controle na gestão municipal.

Além das entrevistas, também foi aplicado um modelo de questionário, de produção própria, a munícipes usuários dessas respectivas políticas públicas (APÊNDICE D), utilizando-se a plataforma *Google Forms* e redes sociais, respectivamente, como instrumentos de aplicação e divulgação da pesquisa, visando assimilar as metas governamentais – obtidas através das entrevistas e pesquisa documental – às demandas e necessidades da população. Os participantes não foram identificados em nenhuma etapa do questionário, ou seja, nomes e contatos não foram solicitados em nenhum momento, sendo garantido absoluto anonimato dos respondentes. O modelo de amostragem definido foi não probabilístico por conveniência, que é aquele frequentemente utilizado para o levantamento de ideias, hipóteses e percepções em pesquisas exploratórias. (OLIVEIRA, 2001).

Ainda em relação aos entrevistados, importa mencionar que, visando preservar a identidade dos atores institucionais participantes da pesquisa, na seção de resultados e discussões, os respondentes serão identificados por meio de códigos, como ilustrado no Quadro 3:

Quadro 3 - Códigos de Referência aos Entrevistados

Referência	Código
Entrevistado(a) nº 1	E1
Entrevistado(a) nº 2	E2
Entrevistado(a) nº 3	E3
Entrevistado(a) nº 4	E4
Entrevistado(a) nº 5	E5
Entrevistado(a) nº 6	E6
Entrevistado(a) nº 7	E7
Entrevistado(a) nº 8	E8
Entrevistado(a) nº 9	E9

Fonte: Autor (2022).

3.3 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

As informações obtidas através dos instrumentos de coleta de dados foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo categórica semântica (categorias temáticas) baseada nos estudos de Bardin (2010). A análise de conteúdo compreende técnicas de análise das comunicações que visam

obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2010, p. 42).

Tal análise foi organizada em torno de três diferentes fases ou etapas: a) pré-análise (pré-projeto); b) exploração do material; c) tratamento dos resultados. A pré-análise consistiu na formulação dos objetivos da pesquisa, do referencial teórico e da definição do corpus (entrevistas, por exemplo) a serem analisados. A partir do referencial teórico foram definidas as categorias de análises e, em um segundo momento, foram explorados os conteúdos, relacionando os dados com as categorias de análises. Na terceira e última fase realizaram-se as inferências e interpretações dos dados.

As cinco categorias de análise predefinidas baseiam-se em toda a revisão de literatura e pesquisa bibliográfica realizada e estão alinhadas aos objetivos de pesquisa previamente estabelecidos, situando-se no contexto das políticas públicas de assistência social e saúde, a saber: a) Processos de delegação e comunicação intra e intersetorial; b) Instrumentos de publicização dos gastos públicos e prestação de contas; c) Mecanismos de avaliação e monitoramento; d) Características e incentivo à participação social; e e) Contrastes e compatibilidades entre metas governamentais e demandas da população.

3.4 ESTRUTURA METODOLÓGICA SIMPLIFICADA

Abordada a natureza, os instrumentos e técnicas de coleta e análise dos dados, bem como os participantes envolvidos na pesquisa, tem-se a seguinte estruturação metodológica:

Quadro 4 - Estruturação metodológica

Pesquisa	Técnica e atividades	Materiais e/ou atores envolvidos
Fase Descritiva	Pesquisa documental	Planos de Governo 2017-2020 e 2021-2024, Plano de Desenvolvimento Econômico Municipal e Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Caxambu-MG
	Pesquisa de campo: entrevistas	Prefeito (APÊNDICE A), secretários (APÊNDICE B), cargos diretivos e coordenadores dos equipamentos públicos vinculados à assistência social e saúde (APÊNDICE C).
	Pesquisa de campo: questionários	População que utiliza ou já utilizou os serviços da assistência social e saúde entre 2019 e 2021 (APÊNDICE D).
Fase Analítica	Análise de conteúdo	Todo o material obtido por meio de pesquisa documental, entrevistas, questionários e demais anotações que compõem o processo de pesquisa.

Fonte: Autor (2022).

3.5 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO LÓCUS DA PESQUISA

O município de Caxambu, foco deste estudo, está situado no sul de Minas Gerais (FIGURA 1), mais especificamente, na região do Circuito das Águas mineiro. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a economia do município depende essencialmente do turismo local, e a sua população estimada é de 21.566 habitantes, encaixando-se no perfil de municípios de pequeno porte II.

Passando para os aspectos políticos do município, o atual prefeito da cidade é Diogo Curi Hauegen, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que está em seu segundo mandato, ocupando a posição desde janeiro de 2017.

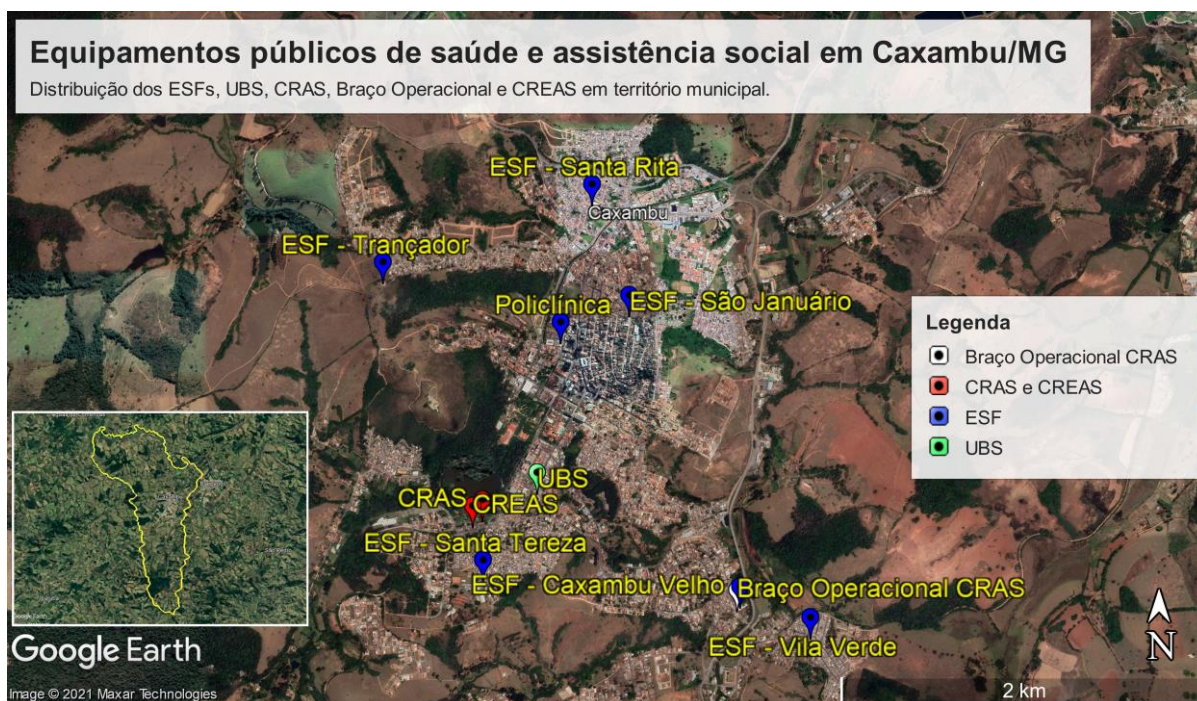
Figura 1 - Mapa de Caxambu/MG



Fonte: Google Imagens (2022).

As políticas públicas de assistência social e saúde de Caxambu são estruturadas e distribuídas de diferentes formas no território municipal. O contraste existente entre a quantidade de instituições vinculadas à saúde e vinculadas à assistência social indica os dissonantes processos de maturação experimentados por ambas as políticas públicas. Enquanto a política de saúde municipal conta com seis unidades de ESF, uma UBS e uma policlínica municipal, toda a política de assistência social do município circunscreve-se a um CRAS e um “braço operacional”, além de um CREAS em funcionamento, como destacado na Figura 2.

Figura 2 - Mapa dos equipamentos públicos de assistência social e saúde em Caxambu/MG



Fonte: Autor (2022).

A ilustração em mapa possibilita observar que os equipamentos de saúde, sobretudo os ESFs, são melhores distribuídos no território municipal, abrangendo, de igual modo, a área central e a área periférica do município, realidade oposta ao observado em relação ao CRAS e CREAS municipal. Embora a PNAS preconize o funcionamento de, no mínimo, um CRAS em municípios de pequeno porte II, as Orientações Técnicas de 2009 destinadas aos CRAS, elaboradas pelo até então Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome, indicam que, em municípios com esse perfil, demanda-se uma equipe composta por três técnicos com nível superior, sendo preferencialmente dois assistentes sociais e um psicólogo (BRASIL, 2005; 2009). Em Caxambu, existe somente uma equipe técnica de referência para a Proteção Social Básica, composta por apenas uma assistente social e uma psicóloga.

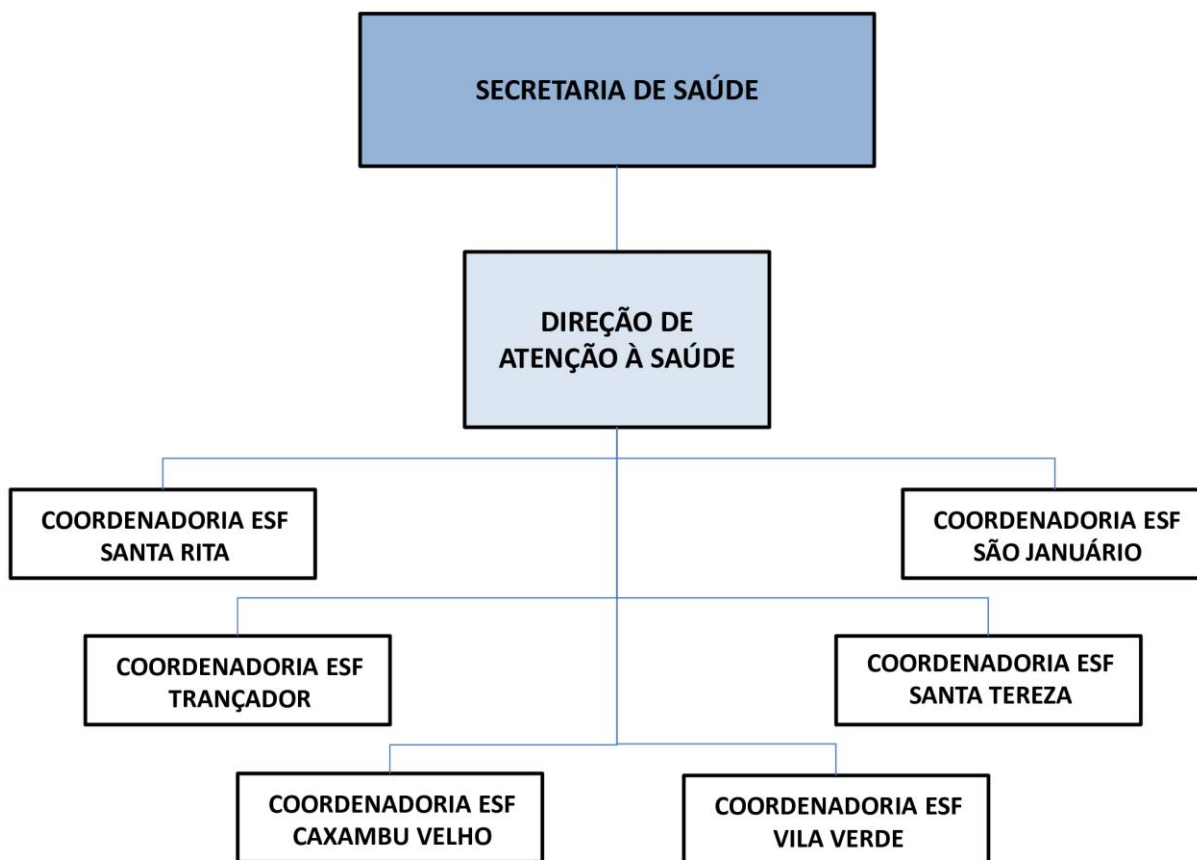
O mesmo documento aponta a gestão territorial e o princípio de descentralização do SUAS como elementos que devem nortear a oferta de serviços assistenciais próximos às residências das famílias assistidas. Nesse sentido, a dispersão territorial é destacada como fator a ser analisado pela gestão de cada

município, pois, apesar de se adequar a determinado perfil populacional, algumas localidades podem demandar diferentes estratégias para o atendimento integral à população devido às suas distintas características – como a instalação do CRAS no centro da cidade ou até mesmo a construção de outras unidades para a cobertura total dos territórios (BRASIL, 2009a).

Nesse caso, além de não contar com a equipe preconizada pelas normativas atinentes ao tema, o município de Caxambu também possui fragilidades relacionadas à cobertura territorial, uma vez que comunidades localizadas ao norte e nordeste do município ficam pouco mais de 2 km distantes do único Centro de Referência da cidade em funcionamento. Compreendendo tal dificuldade, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social colocou em atividade um “braço operacional” do CRAS, localizado próximo ao ESF do bairro Caxambu Velho (FIGURA 2). A unidade não foi considerada como um CRAS para a elaboração do mapa por não contar com a infraestrutura adequada e preconizada pelas normativas relacionadas à Proteção Social Básica e por não dispor de uma equipe técnica exclusiva para a unidade, dado que os atendimentos *in loco* são realizados pela única equipe técnica de referência do município, em determinados dias da semana, contrariando a oferta contínua de serviços indicada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH SUAS) (BRASIL, 2007).

Para além dos aspectos relacionados à infraestrutura da política de assistência social no município de Caxambu, importa mencionar a estrutura hierárquica e administrativa que subjazem os equipamentos ilustrados no mapa da Figura 2. Os cargos de chefia e coordenação são assim distribuídos: Secretaria de Desenvolvimento Social, Chefia da Central de Incentivo ao Trabalho, Renda, Cidadania e Relações Comunitárias, Chefia da Central de Planejamento e Administração, Direção de Proteção Social, e coordenação do CRAS e CREAS (cargos atualmente vagos) e da Vigilância e Benefícios Socioassistenciais. Todos eles foram dispostos, em ordem hierárquica, no organograma da Figura 3:

Figura 4 - Organograma da Atenção Básica da Política de Saúde de Caxambu/MG



Fonte: Autor (2022).

Conhecidas as instituições que compõem a política de assistência social e saúde de Caxambu, bem como a estrutura hierárquica que as organizam e as motivações para a pesquisa, analisar-se-ão, a seguir, os resultados obtidos, iniciando pelos perfis e as características socioeconômicas e demográficas de todos os participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

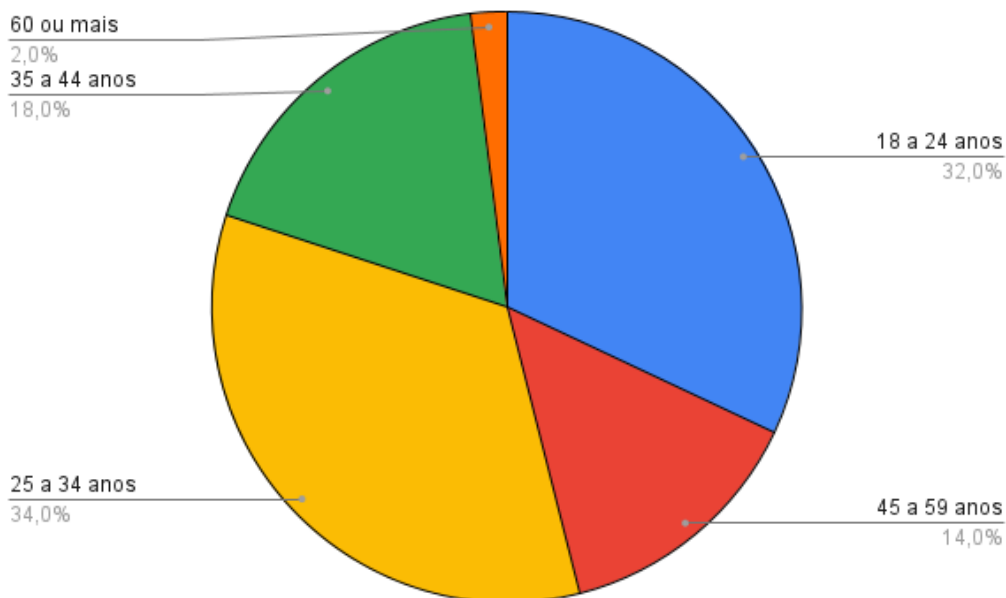
4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E RESPONDENTES DO QUESTIONÁRIO

De modo a possibilitar ao leitor um conhecimento mais profundo sobre o universo de pesquisa analisado, serão apresentadas, nesta seção, as informações correspondentes ao perfil dos atores institucionais das políticas de assistência social e saúde entrevistados, bem como dos munícipes que responderam ao questionário que compôs os instrumentos de coleta de dados desta pesquisa.

Foram nove os entrevistados que representam o poder público municipal em ambas as políticas públicas que fazem parte do escopo da pesquisa, sendo cinco mulheres e quatro homens. A faixa etária desses profissionais dividiu-se entre 35 e 60 anos, dois deles possuem idade entre 25 e 34, quatro entre 35 e 44 e três entre 45 e 60 anos. Em relação à raça ou cor, seis se autodeclararam brancos, dois identificam-se como pardos e apenas um como preto. No que diz respeito ao nível escolar desses profissionais, cinco possuem ensino superior e quatro cursam ou já cursaram pelo menos uma pós-graduação, em nível de especialização, relacionada ao setor em que trabalham ou às atribuições inerentes aos cargos que ocupam. Por fim, sobre o tempo de atuação no setor público, apenas um deles exerce função pública há mais de 20 anos, quatro estão no cargo há mais de cinco, três há mais de um ano e apenas um exerce a função há menos de um ano.

Quanto aos respondentes do questionário, por se tratar de um número mais amplo, optou-se pela elaboração de alguns gráficos e tabelas que visam facilitar a visualização das características sociodemográficas da amostra. Antes disso, como informação inicial, salienta-se que o universo de respondentes varia entre 51 e 48 respondentes, pois nem todas as questões foram respondidas de forma completa. Isto posto, importa mencionar que a amostra ficou bem dividida quando considerado o gênero dos participantes, sendo 25 homens e 25 mulheres. Outra informação a ser destacada nesse sentido é a faixa etária dos participantes, na qual houve a predominância de pessoas com idade entre 18 e 34 anos, como exposto no Gráfico 1:

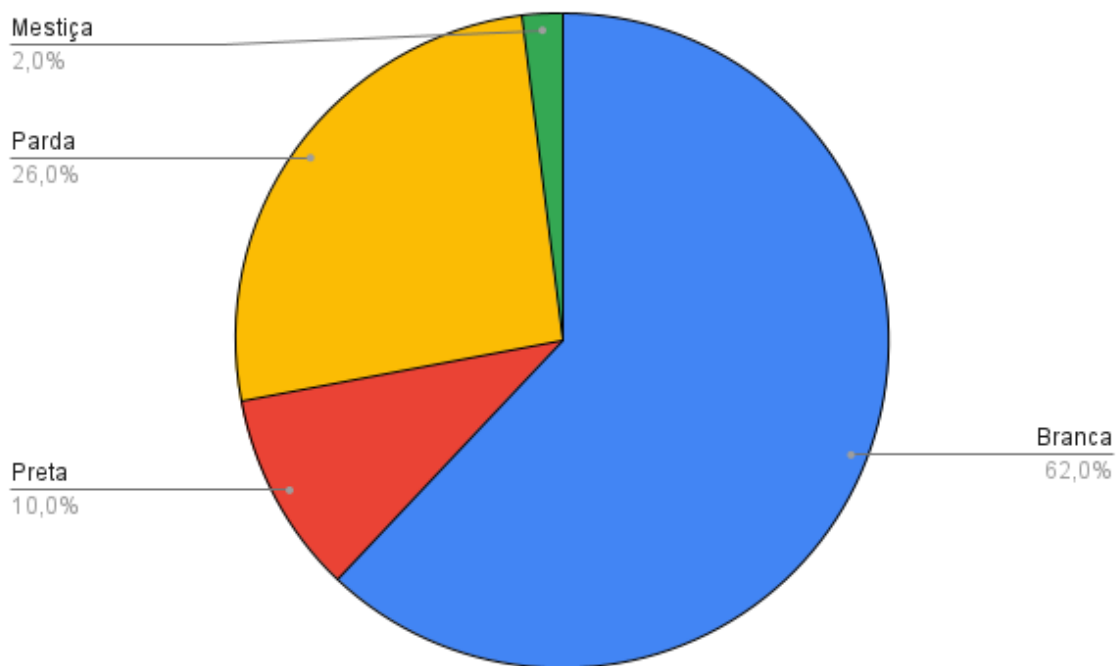
Gráfico 1 - Faixa Etária da Amostra



Fonte: Autor (2022).

Como é possível perceber, houve a predominância de pessoas com idade entre 18 e 34 anos. Já no que diz respeito à cor ou raça, tem-se a seguinte composição:

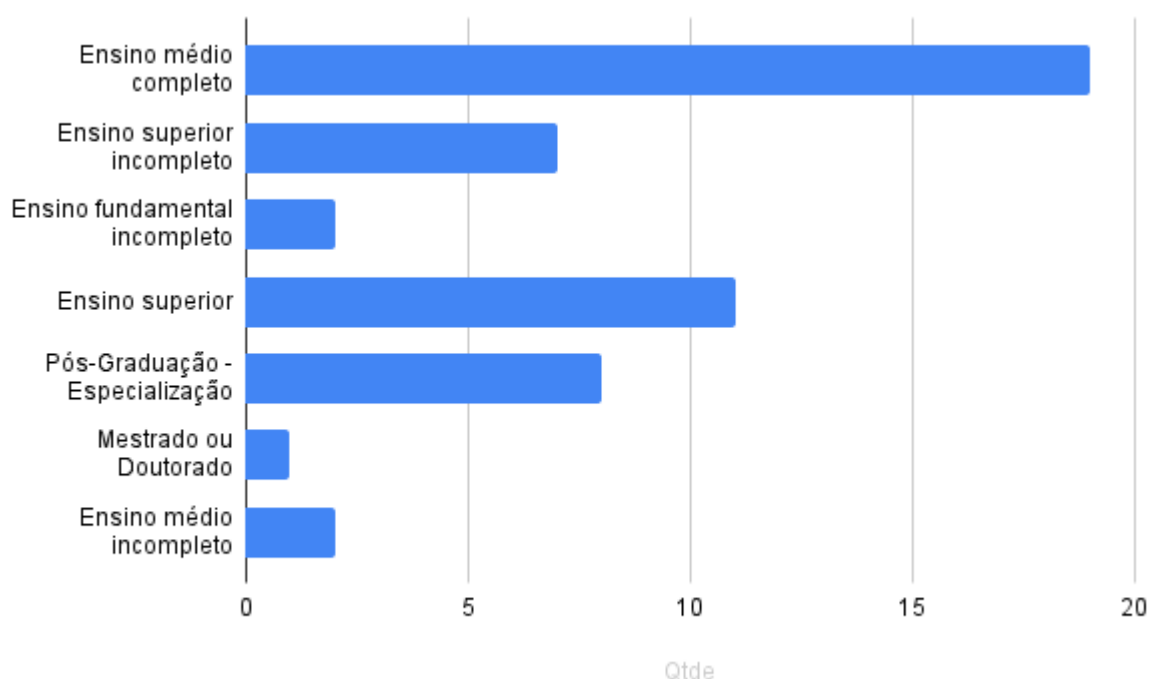
Gráfico 2 - Cor ou Raça da Amostra



Fonte: Autor (2022).

Parte significativa dos respondentes (62%) se autodeclara como branca, seguido por 26% daqueles que se autodeclaram como pardos, 10% como negros e apenas 2% como mestiços. Em relação ao estado civil, 60% são solteiros, 38% casados e 2% assinalaram a opção “união estável”. Passando para a escolaridade, destaca-se o número de respondentes com ensino médio completo, como é possível observar no Gráfico 3:

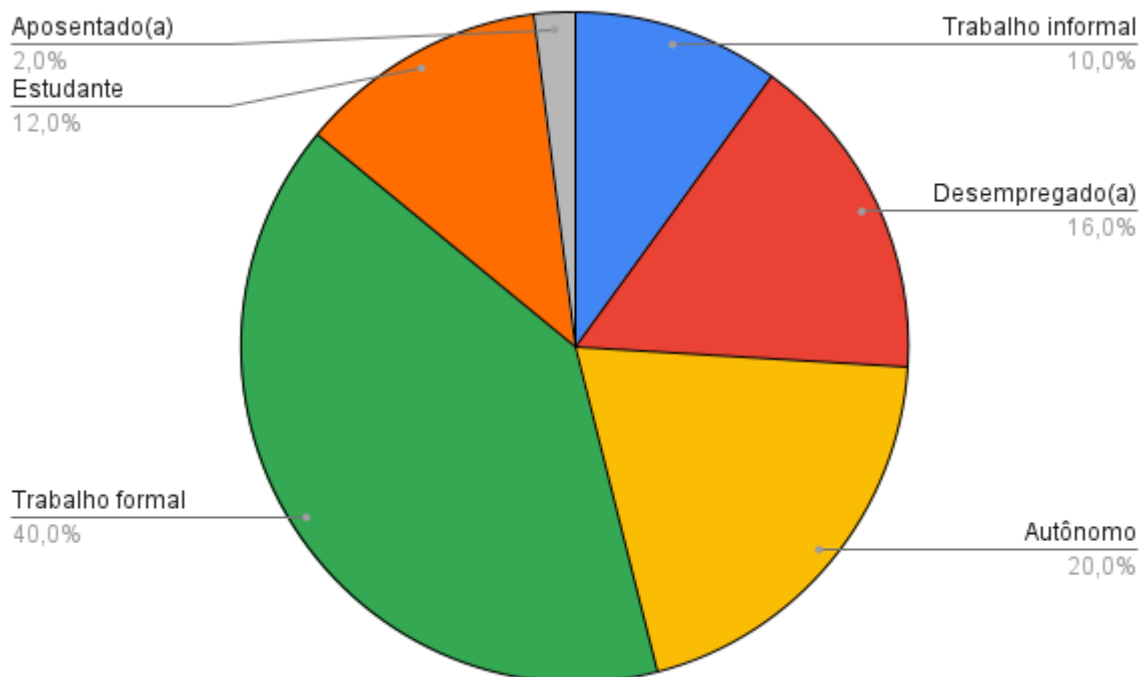
Gráfico 3 - Escolaridade da Amostra



Fonte: Autor (2022).

Visando compreender a realidade socioeconômica dos respondentes, também houve questões relacionadas à situação de trabalho, cujos dados obtidos apontam que 40% dos participantes possuem trabalho formal, entretanto, vale destacar que trabalhadores informais, autônomos e desempregados somam quase 50% do total de participantes, como mostra o Gráfico 4:

Gráfico 4 - Ocupação da Amostra



Fonte: Autor (2022).

De modo a aprofundar o conhecimento sobre o universo estudado, os participantes também foram perguntados sobre suas rendas familiares, cujos valores foram divididos, posteriormente, pelas quantidades de moradores das residências apontadas pelos respondentes, a fim de se obter as faixas de renda per capita de toda a amostra com base em frações do salário mínimo (SM), como foi elencado na Tabela 1:

Tabela 1 - Renda Per Capita da Amostra

Faixa de Renda Per Capita	Frequência
Inferior a ¼ do SM (< R\$303,00)	3 (6,25%)
Entre ¼ e ½ SM (R\$303,01 e R\$606,00)	12 (25%)
Entre ½ e 1 SM (R\$606,01 e R\$1.212,00)	20 (41%)
Entre 1 e 1,5 SM (R\$1.212,01 e R\$1.818,00)	9 (18,75%)
Acima de 1,5 SM (> R\$1.818,01)	4 (8%)
Qtde de respondentes: 48	

Fonte: Autor (2022).

Por fim, são apresentados, na Tabela 2, os bairros onde residem os respondentes, possibilitando conhecer a abrangência territorial da amostra. De

acordo com os dados elencados na tabela a seguir, responderam ao questionário 48 moradores de 17 bairros de Caxambu, o que corresponde a 47% do total de 36 bairros que o município possui, conforme informa o sítio eletrônico da Prefeitura Municipal.

Tabela 2 - Distribuição Territorial da Amostra

Bairros	Frequência
Alto Santa Rita	5 (10,5%)
Bosque	1 (2%)
Caxambu Velho	3 (6%)
Centro	14 (29%)
Federal	1 (2%)
Jardim Alice	1(2%)
Jardim Alvorada	2 (4%)
Jardim Imperial	1 (2%)
Parque Bela Vista	1 (2%)
Santa Cruz	1 (2%)
Santa Rita	3 (6%)
Santa Tereza	3 (6%)
Santa Terezinha	1 (2%)
Santo Antônio	1 (2%)
Trançador	8 (16%)
Vila Verde I	1 (2%)
Vista Alegre	1 (2%)
Qtde de respondentes: 48	

Fonte: Autor (2022).

Conhecidos os perfis dos respondentes das entrevistas e as características da amostra que respondeu ao questionário destinado aos munícipes, parte-se, a seguir, para a descrição e interpretação dos dados coletados, bem como para as discussões e inferências acerca dos resultados obtidos, começando pelos processos de comunicação utilizados pela administração pública municipal nas políticas de assistência social e saúde, no que diz respeito: i) à relação intrassetorial, ou seja, entre os níveis de coordenação da mesma política pública e; ii) à relação intersetorial, que compreende a interlocução e o trabalho conjunto realizado por ambas as políticas públicas.

4.2 PROCESSOS DE DELEGAÇÃO E COMUNICAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL ENTRE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU/MG

Um processo de comunicação eficiente é essencial para o bom

funcionamento de uma política pública e para a consecução de bons níveis de governança, dado que está diretamente relacionada à efetividade do trabalho (ROHOD, 2021). No município de Caxambu, é possível observar que, devido à disparidade no número de funcionários vinculados à política de assistência social e saúde, existem significativas diferenças nas dinâmicas comunicativas internas entre os dois setores, sendo relativamente padronizada apenas a comunicação intersetorial. Em que pese tais distinções, cada setor possui seus pontos negativos, mas também suas virtudes quando o assunto é o processo de comunicação e delegação intrassetorial, o que pode pavimentar um caminho para a resolução de tais fragilidades.

Na política de saúde, meios digitais, como o aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp, são ferramentas utilizadas cotidianamente para a comunicação entre as equipes dos ESFs e a Direção de Atenção à Saúde. A agilidade que esse tipo de recurso oferece é considerada amplamente superior à morosidade dos meios burocráticos de comunicação, tais quais os ofícios e outros modos de comunicações internas oficiais, que já se tornaram obsoletos (SANTOS; FARIAS; MIKUCKI; COUTO, 2017). Todavia, nesse sentido, E6 assevera que o recurso é, muitas vezes, superutilizado e E4 destaca que

Hoje está mais fácil com o Whatsapp, a comunicação fica mais rápida. Mas, por outro lado, as coisas acabam acontecendo muito rápido e fogem do nosso controle. Acaba tendo uma demanda reprimida porque você não tem que trabalhar só com as unidades, tem que trabalhar também com outros setores (E4).

Conforme o relato, tamanha instantaneidade da comunicação acaba sobrecarregando os serviços, sobretudo da direção geral dos ESFs, criando a chamada demanda reprimida, que, nesse contexto, tem relação tanto com as demandas externas, ou seja, da população, como também com as demandas internas dos próprios funcionários da política, uma vez que, de acordo com o respondente, a relação interpessoal entre os funcionários, ocasionalmente, demanda mais atenção que a própria demanda da população usuária dos serviços de saúde do município.

Para além dos mecanismos de comunicação instantâneos, considerando que, de acordo com Sulti *et al.* (2015), são os atores institucionais que produzem a realidade social, constroem os fluxos de funcionamento e a estrutura institucional da política de saúde, também são realizadas, em Caxambu: i) as reuniões

intrainstitucionais em cada ESF, abrangendo coordenação, médico, técnico e ACS e ii) as reuniões interinstitucionais, envolvendo os coordenadores dos ESFs, direção de atenção à saúde e secretaria de saúde. As reuniões intrainstitucionais costumam acontecer semanalmente ou quinzenalmente, a depender do funcionamento e demanda das unidades de ESF; as interinstitucionais, por sua vez, acontecem mensalmente, embora haja o reconhecimento de todos os profissionais que compuseram a pesquisa da necessidade de reuniões mais frequentes para a resolução de problemas e alinhamento de metas. Entretanto, a redução do intervalo entre essas reuniões é dificultada pelo próprio funcionamento das unidades de ESF, que demanda a presença constante do coordenador, seja para o trabalho operacional ou mesmo para o atendimento ao público, devido à ausência de determinados profissionais em algumas unidades, o que torna o trabalho, de acordo com E6, “gerador de estresse e desgastante”.

Nesta senda, importa mencionar que a relação interpessoal da política de saúde foi salientada por três dos respondentes (E4, E6 e E7) como um elemento que demanda atenção. De acordo com E4,

Uma das coisas que a gente verifica no serviço público é a descontinuidade do trabalho que acontece por conta da alta rotatividade de profissionais. Até que o novo profissional entre, até que tome ciência de tudo que está acontecendo ali, é um processo demorado (E4).

Com isso, a alta rotatividade de profissionais no serviço público, em especial na política de saúde do município, é um fator que contribui para a dificultosa relação interpessoal existente na relação entre os coordenadores dos ESFs e a direção de atenção à saúde. No município de Caxambu, os cargos de coordenação são ocupados por meio de um processo seletivo e os contratos são renovados anualmente. Por conta disso, os funcionários não são efetivos e, muitas vezes, rescindem tais contratos para trabalharem em outros municípios que oferecem estabilidade ou, até mesmo, em hospitais da região. Portanto, eventualmente, novos processos seletivos são necessários e novos profissionais ocupam as coordenações, exigindo um período de adaptação, que tende a ser prolongado quando os profissionais ingressantes não possuem experiência na área, o que impacta negativamente o funcionamento dos serviços e a relação entre os profissionais dos cargos de direção e coordenação.

Nesse sentido, na prática, a relação entre os diferentes níveis hierárquicos da

atenção básica da política de saúde parece ser bastante engessada ao organograma apresentado na Figura 4, apontando um processo de gestão clássico que, segundo Sulti *et al.* (2015), é um modelo marcado pelo controle e vigilância dos cargos de alto escalão às ações desenvolvidas pelos atores que estão na base da pirâmide. Com isso, as atribuições e a abrangência da tomada de decisão de cada cargo são bem delimitadas e é exigida, na medida do possível, a observância da estrutura hierárquica. Cada coordenador de ESF tem responsabilidade técnica e autonomia para resolver o que acontece dentro da unidade. Só é reportado à direção de atenção à saúde o que extrapola essa alçada, ou seja, nenhum ACS deve repassar algo diretamente à direção sem antes passar pela coordenação do ESF. Atividades que fujam da normalidade de funcionamento também devem ter autorização das instâncias superiores. E5 exemplifica essa dinâmica com a recente criação de um grupo dedicado ao tabagismo na unidade que coordena, cujas atividades só foram iniciadas após o aval da direção e da secretaria de saúde do município.

No que diz respeito à capacitação continuada dos servidores que compõem a política de saúde, a compilação dos dados obtidos indica que há incentivo da administração municipal para a realização de cursos que são, via de regra, a distância. Contudo, E4 e E7 enfatizam que, apesar de muitos cursos serem divulgados através do *WhatsApp*, grande parte é ofertada durante o horário de expediente, impossibilitando a participação dos servidores. Também foram destacadas carências de cursos voltados para temas específicos, como, por exemplo, ao e-SUS, plataforma do Ministério da Saúde utilizada para o lançamento dos dados de atendimento das ESFs.

Para além dos cursos, E1 destaca que também

Há incentivo para visitas em outros municípios, que é uma coisa que eu gosto muito de fazer, de ir onde está dando certo, mandar a equipe pra lá, ligar para o prefeito e pedir para receber a equipe. Eu acho que isso dá muito certo, porque é possível ver o negócio sendo operacionalizado e aí a pessoa tem uma experiência mais concreta. Foi o que aconteceu, recentemente, com o setor de processos e licitações (E1).

Em relação à política de assistência social de Caxambu, foi possível identificar dinâmicas comunicativas bastante diferentes àquelas encontradas na atenção básica da saúde. Conforme E2, nesse setor

São quinze funcionários apenas e muitas vezes esse engessamento formal

que é necessário para organizar processos é mais dinâmico e as conversas surgem até numa relação informal dada a proximidade desses diversos atores. Então não é uma coisa totalmente amarrada. Do ponto de vista organizacional é um pouco falho, porque os processos devem sempre respeitar essas lógicas, mas, ao mesmo tempo, processos muito travados dão uma burocratizada no serviço, Então aqui a gente trabalha um numa ideia meio que mista, se eu posso assim dizer (E2).

Portanto, na prática, no caso da assistência social, as reuniões ficam mais restritas aos cargos de alto escalão, abrangendo secretaria, direção de proteção social e prefeitura. Na ponta da política, com a presença dos profissionais técnicos como psicólogos e assistentes sociais, além dos coordenadores, existem discussões que tendem a ser mais pontuais, costumeiramente abordando determinados casos que estão em acompanhamento pela proteção básica ou especial para a verificação do que pode ser aperfeiçoado. Nesse sentido, E3 chama a atenção para a necessidade de formalização e oficialização de determinados processos comunicativos, pois, devido à rotatividade do serviço público, sobretudo dos cargos comissionados ou de confiança, a documentação do que fora realizado – inclusive os encaminhamentos – é indispensável para o entendimento e para a continuidade de determinados acompanhamentos, bem como para a adaptação de futuros profissionais.

Ainda sobre a estrutura organizacional da política, por conta da quantidade diminuta de funcionários, existe uma “subversão” da lógica hierárquica na sua relação intrassetorial. Diferentemente do que fora relatado em relação à concepção de gestão clássica da política de saúde, E2 e E3 enfatizam que, embora haja um acompanhamento contíguo do diretor aos cargos de coordenação, há, para além das delimitações e atribuições de cada cargo, a confiança no poder de decisão, no poder de voz e na capacidade de quem opera a política. Ambos destacaram que tal cenário só se torna viável devido à facilidade de trânsito entre os funcionários, oriunda do sentimento de equipe, amizade e companheirismo existente entre os servidores de ambos os níveis de complexidade da assistência social do município, fatores que reduzem a possibilidade de ocorrência de ruídos no processo comunicativo (ROHOD, 2021). Ainda em relação às características intrassetoriais, o incentivo à capacitação continuada é considerado um obstáculo que tende a ser superado com a criação de um programa de educação continuada nos moldes do que é preconizado pelo SUAS.

Passando, enfim, para a comunicação interssetorial entre assistência social e

saúde, cuja articulação configura “um modelo de gestão ao qual a realização da integralidade e da equidade se liga organicamente” (CARMO; GUIZARDI, 2017, p. 1281), é necessário considerar que existem contrastes importantes nas visões dos profissionais de ambas as políticas públicas a respeito do assunto. Os servidores da política de saúde participantes da pesquisa consideram-na satisfatória, defendendo que a delegação intersetorial com a assistência social já é algo estabelecido entre os coordenadores dos ESFs em caso de identificação de complexidades sociais nas áreas de abrangência das unidades. Esse cenário demonstra o relevante papel da política de saúde como ativador do sistema de proteção social, que ganhou ainda mais importância devido ao impacto social significativo causado pela pandemia do *Corona Virus Disease* (COVID-19), dada a maior robustez e amplitude dos serviços de saúde em comparação àqueles vinculados à assistência social do município de Caxambu, requisitando das equipes dos ESFs determinado nível de sensibilidade e conhecimento acerca da questão social, de modo a superar as fragmentações historicamente existentes no aparato estatal brasileiro, sobretudo em relação ao campo social (CARMO; GUIZARDI, 2017; MONNERAT; SOUZA, 2014).

Os processos de encaminhamento e comunicação ao CRAS e CREAS municipais acontecem através de relatórios e formulários de comunicação interna. Entretanto, em casos urgência, o contato é realizado através de ligações e sem documentos oficiais. Nessas situações, as visitas domiciliares para o atendimento das demandas são realizadas pelos coordenadores das unidades de ESF juntamente com o assistente social do CRAS ou CREAS. Vale destacar, nessa dinâmica, o papel fundamental desempenhado pelo ACS, que é o responsável por reportar e identificar, em campo, as demandas sociais que exigem tal articulação. Conforme E4, os agentes são “os olhos” dos coordenadores e da direção no cotidiano da política de saúde.

Para os servidores da assistência social, os ESFs configuram-se, de fato, como a porta de entrada para a comunicação e articulação intersetorial com a política de saúde, todavia, E2 salienta que, geralmente, esse movimento parte da assistência social para saúde, sendo raros os casos nos quais a ativação da rede intersetorial parte da política de saúde, criando a necessidade de criação de um projeto mais bem declarado com uma metodologia mais bem armada para o funcionamento do trabalho intersetorial no município. De forma complementar, E3 destaca que, em relação aos casos de saúde mental, ocorre um processo

equivocado de transferência de responsabilidades para a política de assistência social, haja vista que a política de saúde do município não conta com uma instituição dedicada ao atendimento a esse público.

Esse panorama confirma os apontamentos de Brevilheri e Pastor (2016) e Carmo e Guizardi (2017) sobre a falta de materialidade das preconizações expressas nas planificações a respeito das políticas públicas na realidade encontrada no cotidiano da política. Além disso, também reforça a carência de uma dinâmica de delegação e comunicação intersetorial melhor definida no município para ambas as políticas públicas, considerando que essa lógica de gestão demanda a criação de protocolos e de uma metodologia amparada num arcabouço ético-político que supere as práticas tecnofuncionalistas, enfocando, de forma interdisciplinar, a vida dos indivíduos que utilizam os serviços públicos, considerando-os em sua totalidade e na multidimensionalidade de seus problemas (CARMO; GUIZARDI, 2017; RIBEIRO; FERREIRA, 2016). Enquanto estratégia, à luz de Pereira (2014), a intersectorialidade ainda pode ser entendida como instrumento de potencialização do conhecimento, das habilidades e das relações mútuas na administração pública, além de oportunizar melhores apreensões das demandas sociais, alicerçando-se no princípio da integralidade e, sobretudo, da participação social (CARMO; GUIZARDI, 2017), analisada na seção a seguir.

4.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS INSTRUMENTOS DE PUBLICIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU/MG

A transparência no setor público diz respeito ao processo de publicização dos gastos públicos de forma acessível à população, sendo uma prática preconizada legalmente pela chamada Lei da Transparência, legislação complementar à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que determina “a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 2009b). A Lei também assegura o incentivo à participação popular nos processos decisórios, ou seja, a transparência deve, para além do caráter consultivo, estar atrelada à criação de um canal de comunicação confiável entre a gestão pública e os cidadãos, visando facilitar e fomentar a participação social nos processos de elaboração e tomadas de decisão das políticas públicas.

Deste modo, seguindo a exigência legal, o chamado Portal do Cidadão da Prefeitura Municipal de Caxambu, que pode ser acessado através do site institucional do município, é o principal canal de comunicação e publicização dos gastos com pessoal e recursos aplicados nas políticas públicas municipais. Outro recurso bastante incentivado pela gestão municipal é a utilização do aplicativo Cidadão Online, que visa facilitar os processos de requerimentos à prefeitura, bem como o acompanhamento dos cidadãos aos serviços ofertados. Para além dos meios digitais, E3 destaca a facilidade de acesso que a população tem a todas as Secretarias Municipais para pleitear, a qualquer momento, qualquer tipo de prestação de contas.

Em suma, excetuando as oportunidades contato direto do cidadão com os agentes políticos municipais, os mecanismos de comunicação entre o poder público e a sociedade civil caracterizam-se, à luz de Novelli (2006), como uma comunicação pública em nível de informação, marcada por um processo de “mão única” e de forma descendente, ou seja, a informação parte do emissor, no caso em comento a Prefeitura Municipal e suas Secretarias, para o receptor, ou os cidadãos, que, nesse cenário, tem pouco envolvimento e participação nessa dinâmica.

Nesse sentido, as redes sociais desempenham um importante papel na aproximação do cidadão com o poder público, haja vista que a Prefeitura, CRAS e os ESFs do município utilizam o *Facebook* para ter uma comunicação mais assertiva com parte da sociedade caxambuense, divulgando eventos e serviços que foram ou serão disponibilizados. De igual modo, essa rede social é bastante utilizada pela população para reivindicações, reclamações e elogios acerca do trabalho realizado em todas as políticas públicas municipais, constituindo-se como um instrumento de baixo custo e de grande difusão cujas características oportunizam a potencialização e a facilitação da relação entre poder público e sociedade civil (SANTOS; SILVA, 2017).

No entanto, continua sendo necessário avançar mais nos processos de interação que nos processos de divulgação de informações, aspecto este destacado por E1, que chama a atenção para a necessidade de ser criativo quando o assunto é a transparência no serviço público municipal, mencionando a intenção do poder público local de instalar um painel eletrônico, em frente ao prédio da Prefeitura, que transmita, em tempo real, as informações da gestão em relação a gastos e empenhos realizados. Essa seria uma forma de possibilitar que parte da população

que não possui aparelhos eletrônicos ou acesso à internet tenha a oportunidade de acompanhar as movimentações da gestão do município sem que seja necessário interpellar algum representante do executivo municipal.

Para fins de comunicação com os cidadãos, a Prefeitura conta também com uma ouvidoria municipal e uma ouvidoria específica para a política de saúde – que visa obedecer à preconização do Ministério da Saúde. Ambas constituem-se como canais institucionais oficiais para avaliação da satisfação da população, que pode se utilizar dessa ferramenta para reivindicar, reclamar ou elogiar o serviço público municipal. O acesso às ouvidorias acontece pessoalmente e por meios digitais, como o site da Prefeitura e através do aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp. Quando recebidas, as notificações são encaminhadas para o setor responsável, através de sua coordenadoria, com prazo de resposta de até 30 dias. Conforme as notificações são respondidas, a ouvidoria realiza um *feedback* ao denunciante ou reclamante.

Todo esse processo acontece por meio de um sistema compartilhado pela ouvidoria da prefeitura municipal, ouvidoria da saúde, coordenadorias de todos os setores, bem como com as secretarias. Apesar disso, E7 revela que ainda existem problemas na transmissão de informações da ouvidoria para as instituições da atenção básica de saúde:

Eu andei reclamando, porque eu tive pacientes aqui que falaram ‘nossa, eu fiz um elogio, você viu?’ Não. “Nossa, mas faz tempo, você não ficou sabendo?” e eu falei não. Então eu andei reclamando, falei assim olha quando é coisa ruim vocês vêm rapidinho, agora quando é coisa boa não tá chegando. Mas é bem novo isso, então está chegando aos poucos. Mas nem as críticas às vezes a gente fica sabendo (E7).

Nesta senda, E2 relata que não existem métricas institucionais bem definidas para apreensão da opinião dos cidadãos sobre o funcionamento dos serviços e alerta que, concomitantemente à criação dessas ferramentas, deve-se fomentar uma educação política que forneça à população um maior entendimento sobre o funcionamento das políticas públicas, pois muitas reivindicações levadas até o setor público são inadequadas e fogem das alçadas dos serviços de assistência social e saúde municipal. Destaca-se, nesse sentido, o importante papel educativo exigido às entidades da política de assistência social e saúde do município e a necessidade de concepção do processo de comunicação e publicização “como parte intrínseca dos projetos e programas desenvolvidos pelo governo”, especialmente em nível

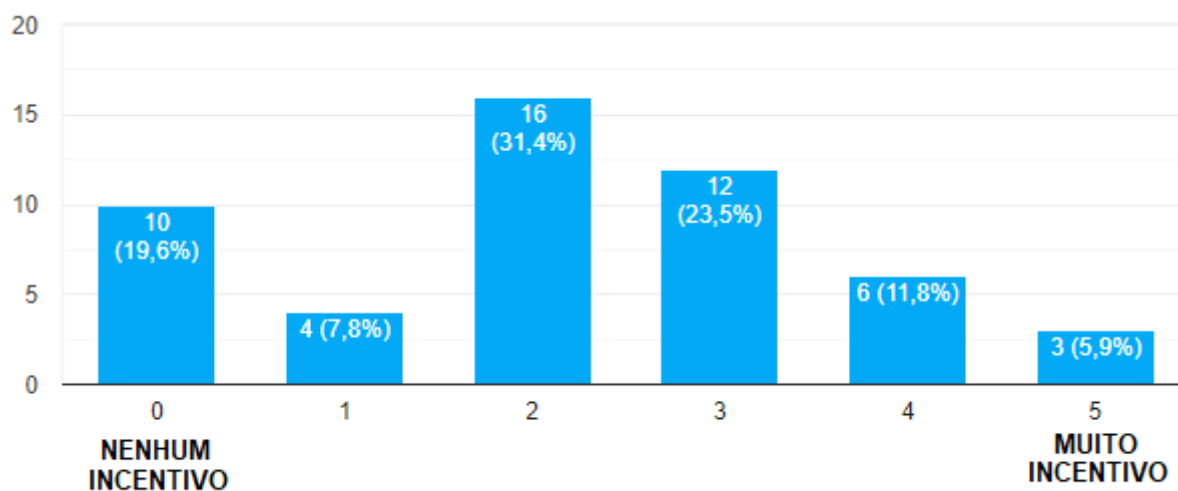
municipal (NOVELLI, 2006, p. 87).

Em relação aos aspectos estruturais, as ouvidorias também passam por dificuldades, uma vez que os locais nos quais estão instaladas não são adequados para esse fim. Por conta disso, atualmente, a gestão municipal está à procura de um novo local para atendimento que ofereça ao cidadão melhor acessibilidade e privacidade no contato com o ouvidor. No que diz respeito à divulgação, a ouvidoria da prefeitura municipal encontra-se em um estágio de maturação mais avançado e é mais procurada, dado que funciona há mais tempo que a ouvidoria da política de saúde, cujas atividades iniciaram-se há pouco mais de dois meses, ainda não sendo bem divulgada.

A atual gestão, que teve início em 2017, também já lançou mão de outras estratégias para estreitar a relação com a sociedade civil e inserir os cidadãos nos processos decisórios municipais, com destaque para a realização de fóruns de “bate-papo” nos bairros do município para a elaboração do PDEM. Apesar de ser considerada exitosa, a experiência foi temporária, limitando-se ao processo de elaboração e apresentação do plano. Outro mecanismo utilizado nos ESFs e no CRAS são as caixas de sugestões, entretanto, não existem muitas contribuições através dessa ferramenta. Nesse sentido, E8 destaca que existe a tendência de adesão a esse tipo de instrumento no início, mas a manutenção da participação é trabalhosa. Esse cenário demonstra que, conforme alertado por E2, a transparência – o que, na governança pública, envolve a responsabilidade na prestação de conta de forma tempestiva, conhecida como *accountability*, somada ao incentivo à participação social (CRUZ; FERREIRA; SILVA; MACEDO, 2012) – tanto no município como em todo o país ainda está em um processo de evolução, demandando, do agente público, atenção às novas tecnologias da informação e comunicação, visando ampliar o alcance ao público, bem como a qualidade das estratégias, plataformas e informações disponibilizadas (LI; FEENEY, 2014).

Nesta senda, a fim de complementar os resultados obtidos através das entrevistas e verificar a opinião de parte da população – principais atores nesse processo – sobre como a prefeitura municipal incentiva a participação social nas políticas públicas, o questionário aplicado também abordou a temática, cujas respostas são apresentadas no Gráfico 5:

Gráfico 5 - Incentivo à participação em Caxambu-MG de acordo com os munícipes



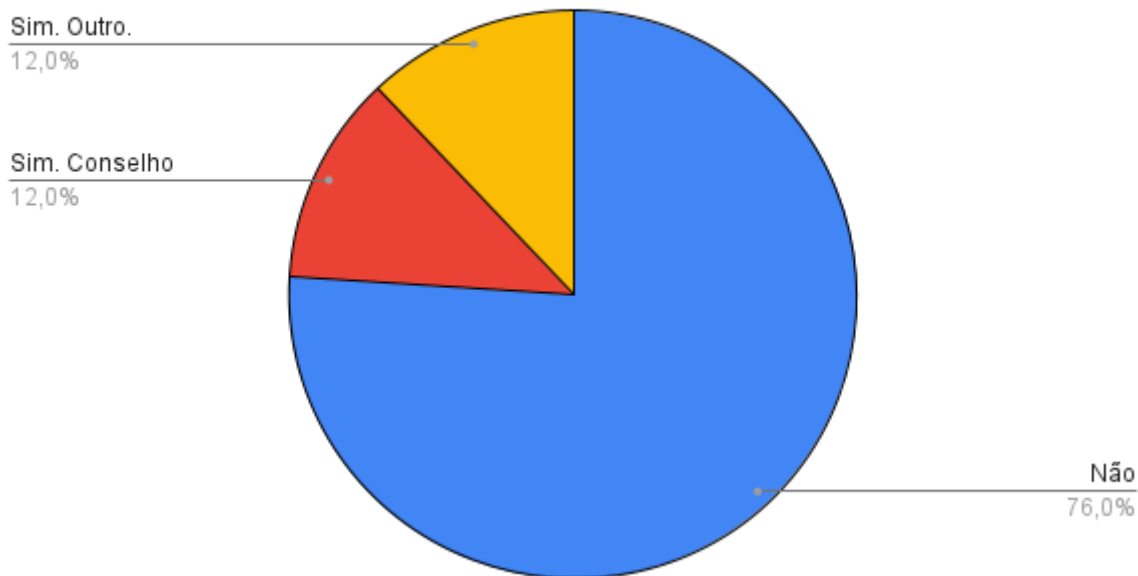
Fonte: Autor (2022).

Foram 51 respondentes para essa seção do questionário e os resultados obtidos demonstram que para grande parte deles o incentivo à participação está abaixo do ideal, uma vez que a média das respostas recebidas é equivalente a 2,25, abaixo do que poderia ser considerado um incentivo à participação regular. O gráfico mostra que apenas 6% dos participantes indicaram que há muito incentivo à participação no município, enquanto quase 20% marcaram o valor zero, correspondente à inexistência de incentivo à participação por parte da prefeitura municipal de Caxambu.

Um dos reflexos que confirma, de fato, a imaturidade dos processos de transparência e incentivo à participação popular em Caxambu é a ínfima participação social nos Conselhos de Assistência social e saúde, bem como nas Conferências de ambos os setores, que continuam sendo os principais espaços de escuta e de comunicação entre o poder público e a sociedade civil municipal para atendimento de carências que não são supridas pelos serviços ofertados. Esse panorama pode ser observado nas respostas dos atores institucionais entrevistados, mas também nas respostas dos participantes do questionário, que seguem caminho parecido:

Gráfico 6 - Participação dos munícipes nos espaços deliberativos da política de Saúde

Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde de Caxambu ou algum outro espaço de diálogo entre poder público e sociedade?

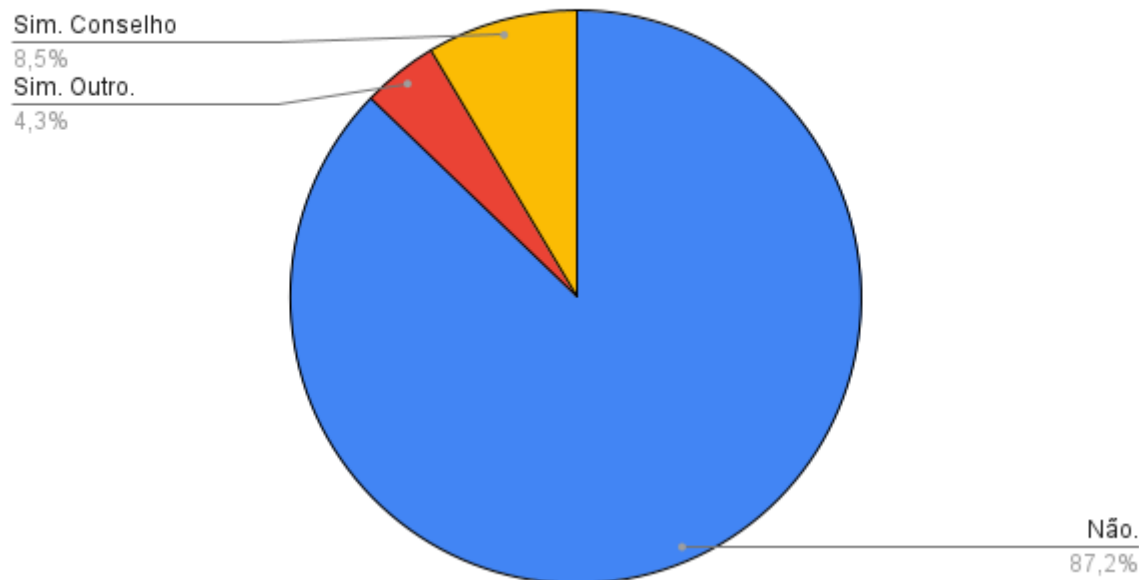


Fonte: Autor (2022).

Menos de um quarto dos 50 respondentes já participou alguma vez das reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou de qualquer outro espaço de diálogo entre poder público e sociedade atrelado à política pública de saúde. A participação é ainda menor quando considerada a participação nos espaços de controle social da política de assistência social, no qual quase 90% dos respondentes declararam nunca ter participado de nenhuma reunião ou espaço de diálogo vinculado à política, como apresenta o Gráfico 7:

Gráfico 7 - Participação dos munícipes nos espaços deliberativos da política de Assistência Social

Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Assistência Social de Caxambu ou algum outro espaço de diálogo entre poder público e sociedade?



Fonte: Autor (2022).

Parte dos respondentes do questionário relata que gostaria de exercer seu papel de cidadão e participar de algum espaço de diálogo entre poder público e sociedade civil no município, entendendo que tais mecanismos são importantes para qualificar a compreensão sobre o funcionamento do setor público visando à construção coletiva dos serviços ofertados. Outra parte, no entanto, mostra-se desmotivada a participar, seja por não terem tempo – pois o trabalho ou outros compromissos impossibilitam uma participação social mais efetiva – ou por acreditarem que suas opiniões e necessidades não seriam realmente levadas em consideração pelos servidores e gestores municipais. De modo a complementar o panorama de participação do município, E7 salienta que esse cenário foi ainda mais debilitado pela pandemia da COVID-19, que inviabilizou a organização de assembleias presenciais e afastou ainda mais a população desses espaços.

Como consequência desse cenário de baixa participação da sociedade civil nos processos decisórios, não há o surgimento de novas ideias e os debates e discussões para deliberação acerca das políticas públicas ficam profundamente fragilizados, fazendo com que as decisões, até mesmo nesses espaços formados

para o debatismo social, fiquem circunscritas a um pequeno número de pessoas, geralmente, representantes do poder público. Com isso, um controle social estabelecido e bem organizado, indispensável para o acesso a verbas e recursos de instâncias superiores, fica cada vez mais enfraquecido, pois a falta de interesse pela participação não se limita à sociedade civil, uma vez que existe a dificuldade de adesão até mesmo dos próprios funcionários e representantes do setor público, afetando, ainda, o importante papel de fiscalização que os Conselhos Setoriais possuem. A falta de participação impacta negativamente, inclusive, na oferta de cursos de capacitação pela Secretaria de Desenvolvimento Social do município, cujas vagas, costumeiramente, são ocupadas pelo mesmo grupo de pessoas, tendo em vista que não existe interesse de outros usuários da política pública.

À luz de Durán e Gerschman (2014), tal desmobilização pode ser reflexo das características hodiernas dos Conselhos Setoriais, que foram institucionalizados e acabaram se tornando mais uma das estruturas do próprio funcionamento do Estado, o que culminou na desvinculação dessa arena pública de suas raízes oriundas dos movimentos sociais gestados no processo de redemocratização do país, desarticulando-os da sociedade e dos movimentos de base, o que reverbera na baixa participação e representatividade da sociedade civil atualmente. Ainda nesse sentido, Almeida, Carlos e Silva (2016) salientam que quando são considerados apenas os conselhos vinculados à política de assistência social, o panorama é ainda mais preocupante, haja vista que grande parte deles no Brasil não conta com comissões permanentes em suas estruturas internas, o que afeta sobremaneira a operacionalização e o atingimento das preconizações da PNAS para o funcionamento dos programas, projetos e benefícios dessa política pública de acordo com os parâmetros estabelecidos.

Por fim, os entrevistados também destacaram que o hábito cultural de abordar, informalmente, membros do executivo e legislativo municipal como prefeito, secretários e vereadores pode ser um fator que tende a intensificar a desmobilização da participação social por meio das vias formais, como através das conferências e dos Conselhos Setoriais. De acordo com E9, esse costume engloba até mesmo reivindicações e solicitações simples que são levadas à secretária de saúde sem passarem pelas equipes e coordenadorias de ESFs, desrespeitando o organograma, a lógica hierárquica da política municipal de saúde e ferindo o princípio de equidade do SUS, uma vez que pessoas com mais influência e contatos tendem a acessar

determinados serviços com maior agilidade que outras pessoas com maior urgência e necessidade. Em suma, o contato informal do cotidiano continua sendo um dos principais meios de reivindicação da população e de comunicação e avaliação dos serviços ofertados pelo poder público municipal.

Deste modo, os limites impostos à participação social no município de Caxambu, sejam pela indisponibilidade e desinteresse populares, inquietações e falta de confiança nos agentes políticos ou mesmo pelas deficiências estruturais dos espaços deliberativos fazem com que urja a necessidade de revisitar o conceito de participação ativa, trazido por Novelli (2006). Embora ainda distante, esse nível de comunicação pressupõe a criação de uma nova esfera pública, pautada em projetos de participação que tenham definidos os seus públicos-alvo e uma estrutura horizontal que permita a troca de informações e a expressão de opiniões sem que nenhum tipo de intimidação oriunda dos processos burocráticos do Estado ou do papel desempenhado pelos representantes do poder público sobrepuja a relação entre os atores para a formulação de novas políticas públicas, dando origem a uma nova dinâmica social que possibilite a superação da informalidade da comunicação e os baixos níveis de participação no município.

4.4 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO, ESTABELECIMENTO DE METAS E IDENTIFICAÇÃO DE DEMANDAS NAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE CAXAMBU/MG

Esse capítulo consiste na compilação dos dados e resultados obtidos através das entrevistas com os atores institucionais da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Caxambu, incluindo, também, o questionário virtual respondido pelos munícipes, bem como a análise documental dos planos de gestão atinentes às referidas políticas públicas e considerados pertinentes ao estudo. Entre eles, destacam-se os planos de governo das últimas duas eleições elaborados pela atual gestão que foi reeleita, bem como o PDEM, que aborda diretrizes vinculadas à assistência social e saúde e, também, o PMS, fruto da articulação de todos os setores da saúde, consistindo em uma seleção dos problemas a serem corrigidos e das demandas a serem atendidas, cujo monitoramento é realizado anualmente pelo Conselho de Saúde do Município.

Importa mencionar que o Plano Plurianual (PPA), também entendido como um

guia de gestão importante quando o assunto é governança pública, foi desconsiderado na análise devido à falta de inteligibilidade do documento disponibilizado pela Câmara Municipal de Caxambu para a pesquisa, uma vez que não conta com objetivos bem definidos para cada setor, consistindo em um plano fundamentalmente quantitativo que limita a compreensão de quem não tem acesso a documentações anteriores. Apesar disso, de acordo com alguns dos entrevistados, o PPA funciona “como um detalhamento executivo dos planos de governo propostos nas eleições”, documentos estes que compuseram a análise desenvolvida.

Os primeiros elementos considerados foram as avaliações de desempenho dos servidores públicos municipais, que acontecem anualmente e são realizadas, na assistência social e saúde, pelos cargos de coordenação, direção e pelos gestores das pastas, respeitando os organogramas indicados nas Figuras 3 e 4. As dimensões avaliadas são: capacidade de iniciativa, produtividade, qualidade, conhecimento técnico, eficiência, respeito e compromisso com o trabalho, relacionamento interpessoal e com a comunidade. Cada um dos itens é avaliado em uma escala de ruim, regular, bom ou ótimo. O funcionário é considerado aprovado se o desempenho for avaliado em 70 ou mais pontos. Em caso de reprovação, a situação é repassada às Secretarias para a abertura de processo administrativo.

Portanto, inicialmente, é possível notar que, embora a avaliação de desempenho e a gestão com metas possam apresentar benefícios para as instituições e servidores públicos (RODRIGUES; REIS NETO; GONÇALVES FILHO, 2014; VICENTE, 2014), nas entrevistas houve certo enfoque ao seu caráter punitivo, uma vez que o não atingimento da nota mínima pressupõe a abertura de um processo administrativo contra o funcionário. De acordo com Rodrigues *et al.* (2009), esse recurso avaliativo, em hipótese alguma, pode ser utilizado como um fim em si mesmo, mas sim como um elemento que possibilite a identificação das fragilidades institucionais a serem corrigidas.

Para Behn (2003), os principais propósitos da avaliação de desempenho no setor público devem estar relacionados, obviamente, à análise e controle dos recursos humanos, mas, também, à motivação, aprendizado e, conseqüentemente, ao melhoramento das atividades desenvolvidas. Também é desejável, de acordo com a literatura, que todo esse processo respeite as idiossincrasias que diferem o setor público do setor privado, onde essa ferramenta foi criada e amplamente difundida, sendo uma possibilidade para atender essas especificidades a

substituição das análises individualizadas para avaliações de grupos de trabalho nas instituições públicas (FETZNER *et al.*, 2010; MADUREIRA; RODRIGUES, 2011).

Vale salientar que o modelo de avaliação de desempenho (ANEXO A) adotado pela gestão municipal de Caxambu é fruto de uma consultoria do setor de recursos humanos da prefeitura com o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), através da qual foram criadas as métricas próprias de avaliação dos servidores, tanto no que diz respeito aos estágios probatórios dos servidores concursados e avaliação dos servidores contratados e comissionados, como, também, em relação à evolução e progressão de carreira.

Devido ao objetivo desse estudo, destaca-se que o processo de consultoria que gestou o modelo de avaliação de desempenho é parte de um conjunto de mudanças administrativas iniciadas desde 2017 pela atual gestão municipal que podem facilitar o entendimento introdutório da condição da governança pública no município. Desde então, foram realizadas uma reforma administrativa, que estabelece, de forma melhor definida, as atribuições de cada cargo, bem como os planos de cargos e salários de cada uma das funções do funcionalismo público municipal. Nesse ínterim, também foi realizado um concurso público municipal em 2019, para provimento de cargos em vacância ou que estavam há muitos anos em regime de contratação, além do incentivo à realização de audiências públicas e a produção dos planos citados acima, em diálogo constante, sobretudo, com o poder legislativo do município visando à institucionalização das mudanças realizadas e das novas normatizações concebidas.

Voltando as atenções para os planos explorados, é possível perceber que, embora existam diretrizes bem definidas nos planos relacionados à política pública de saúde, os sistemas de controle e monitoramento em si estão maiormente vinculados às diretrizes colocadas pelas instâncias superiores, especialmente o Ministério da Saúde e o Programa Previne Brasil, cujos indicadores são voltados à saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas e ao pré-natal de gestantes. Esses indicadores, inclusive, embasam as metas municipais, uma vez que estão diretamente relacionados ao recebimento de recursos do governo federal. Com isso, cada unidade de ESF tem sua produção referente aos atendimentos do médico, técnico em enfermagem, ACSs e odontologistas. Todavia, o e-SUS, sistema pelo qual os dados são lançados e enviados ao Ministério da Saúde, frequentemente, apresenta problemas técnicos, consistindo, de acordo com E4, como o maior

obstáculo para o trabalho da atenção básica de saúde do município atualmente.

Visando dirimir tais dificuldades, a partir do início de 2022, uma plataforma própria da prefeitura municipal passará a ser utilizada para esse fim. Somado a isso, a política de saúde de Caxambu conta com um setor específico de controle de avaliação, que é responsável por monitorar e reportar às coordenadorias dos ESFs e outros setores da saúde as lacunas e as metas que não foram alcançadas, o que, via de regra, tem relação com as falhas do sistema. E7 chama a atenção para outro problema:

Assim, a gente tem metas de alguns programas do governo que a gente tem que tentar alcançar. Algumas são alcançáveis, outras não tanto. E outros precisam de investimento pra gente conseguir atingir. Então tem coisas que não estão muito na realidade do município (E7).

Outras fragilidades também foram apontadas de forma unânime pelos entrevistados da área da saúde, como, por exemplo, a necessidade de ampliação do número de funcionários, especialmente de técnicos por ESF, de modo que um profissional ficasse responsável pela parte assistencial e outro pelo trabalho de campo nas unidades, visando dar conta de toda a demanda. Essa lacuna vai ao encontro de outra carência apontada pelos entrevistados: a quantidade insuficiente de veículos para toda a atenção básica, que dispõe, atualmente, de apenas um veículo para as seis unidades de ESF do município. Nesse cenário, cada unidade tem o carro disponível em dias e períodos específicos da semana, ou seja, em caso de demanda urgente fora do turno predeterminado, há necessidade de contatar a direção de atenção à saúde e solicitar o remanejamento do veículo, causando maior morosidade para o atendimento da demanda. Em outros casos, o técnico precisa se deslocar sem veículo até a residência do usuário, o que exige mais tempo para o atendimento e, conseqüentemente, provoca acúmulo de demanda na unidade, que permanece durante longos períodos sem profissional especializado para atendimento *in loco*.

No âmbito da assistência social, as metas e diretrizes estabelecidas pela política pública municipal também são guiadas pelas cartilhas do SUAS, além das leis municipais relacionadas à matéria. No cotidiano da política existem instrumentos que facilitam o processo de controle das ações e dos atendimentos realizados, como é o caso do Registro Mensal de Atendimentos (RMA), que consiste na compilação dos dados de atendimento registrados por todos os profissionais técnicos da unidade (assistentes sociais e psicólogos), passando pelas características de cada

caso e pelos serviços e benefícios ofertados para atender cada uma das demandas. A partir desse registro, é possível observar certos padrões nesses atendimentos, como a prevalência de demandas espontâneas, bem como a importância das denúncias para revelar complexidades no município que até então eram desconhecidas. Essas características indicam, por outro lado, o precário trabalho de busca-ativa realizado na política pública municipal de Caxambu, instrumental indispensável para substituir a passividade da política de assistência pela proatividade de buscar a demanda nos territórios com maiores complexidades (CARVALHO, 2020), de modo a incorporar, na cultura assistencial, “o objetivo de saber quem e quantos são, onde estão e o que devem acessar para sair do risco e da vulnerabilidade social” (MARTINELLI; SILVA; SANTOS, 2015, p. 110).

Nesta senda, de um ponto de vista geral, apesar de existirem determinadas propostas de ações e atividades a serem seguidas nos planos de governo e no PDEM somadas à realização de reuniões periódicas com o secretariado de todo o município para a checagem das atividades desenvolvidas, E2 assevera que:

Os mecanismos das políticas públicas ainda estão um pouco amadores para conseguirmos ter ali a ambição de ser guiado puramente pelo planejamento estratégico. Mas, de qualquer forma, ele é o norteador da tomada de decisão (E2).

O impacto é ainda maior no caso da assistência social, pois, segundo o respondente, não há comprometimento de todos os atores da rede socioassistencial do município para a elaboração de um plano estratégico mais detalhado, e para a oferta de um “produto” – ou seja, de um serviço assistencial – mais consistente.

Desse modo, as parcerias com outras instituições do setor público ou com o setor privado surgem como um complemento importante para a oferta de serviços de ambas as políticas públicas aqui analisadas. As entidades que compõem o “Sistema S”⁵ oferecem cursos de capacitação e profissionalização para os usuários dos serviços da assistência social, em conjunto com a Central de Incentivo ao Trabalho, Renda, Cidadania e Relações Comunitárias da Secretaria de Desenvolvimento Social do município. De igual modo, na política de saúde, existem convênios com o

⁵ Entidades constitucionalmente estabelecidas com interesse no setor da indústria, comércio e serviços, são elas: Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAT), Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Social do Transporte (SEST) e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE).

setor privado, sobretudo com os laboratórios de análises clínicas do município, uma vez que o laboratório da policlínica municipal não tem capacidade de oferecer exames mais complexos aos pacientes. Além disso, na saúde, ainda existem convênios intermunicipais para a oferta de atendimento de determinadas especialidades com as quais a estrutura da política de saúde municipal não conta.

Embora tais parcerias sejam, de fato, fundamentais para o funcionamento das políticas públicas, 43 (84%) dos 51 respondentes do questionário que utilizaram algum serviço de saúde no município de Caxambu nos últimos 24 meses indicam certas fragilidades a serem corrigidas pela gestão pública municipal. A princípio, importa destacar quais serviços foram utilizados com maior frequência por cada um deles:

Tabela 3 - Serviços utilizados com maior frequência

Qual serviço você procurou com maior frequência?	
Respostas	Frequência
Posto de Saúde (ESF)	23 (53%)
Policlínica	15 (35%)
Farmácia Popular	7 (16%)
Hospital	14 (32%)
Exames	6 (13%)
Qtde de respondentes: 43	

Fonte: Autor (2022).

Como apresentado na Tabela 3, os serviços mais utilizados são os equipamentos da atenção básica (ESFs), seguido pela policlínica, que corresponde à atenção secundária de saúde do município. Os planos analisados estabelecem muitas ações e metas para a melhoria de ambos os níveis de atenção à saúde, preconizando a reforma da policlínica e a reestruturação, modernização, expansão e a construção de novas unidades de ESF para aumentar a cobertura e melhorar o atendimento à população do município. Há, inclusive, o objetivo de propor, à empresa responsável, a readequação de rota dos ônibus circulares para facilitar o acesso dos munícipes a determinados ESFs.

A Tabela 3 também mostra em destaque a utilização do hospital, que compreende a atenção terciária do município. Em relação a esse serviço, o PMS propõe a contratação de novas especialidades médicas visando aumentar a cobertura do atendimento hospitalar à população. Ademais, também foram citados

pelos respondentes os serviços da farmácia popular e do setor de exames municipal, que funciona anexo ao prédio da policlínica.

Após essa primeira etapa, os participantes foram questionados acerca da falta de atendimento a determinadas demandas particulares ou de familiares, a qual apenas 14 (27%) responderam positivamente. As demandas não atendidas apontadas pelos respondentes foram dispostas na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 - Demandas de saúde não atendidas

Alguma demanda de saúde sua ou de sua família deixou de ser atendida nos últimos 24 meses? Se sim, qual?	
Respostas	Frequência
Exames	5
Tratamento odontológico	2
Tratamento psiquiátrico	1
Medicamentos	2
Problemas com vacinação	2
Consultas	3
Qtde de respondentes: 14	

Fonte: Autor (2022).

Apesar dos convênios existentes com os laboratórios da cidade e da manutenção dos consórcios e pactuações intermunicipais indicadas no PMS para complementar o serviço de saúde do município, os exames foram apontados como a demanda que mais vezes não foi atendida pelas entidades de saúde pública de Caxambu. Em seguida, são citadas as consultas. Embora não seja possível conhecer as causas de cada caso, o PMS indica a contratação de profissionais de diferentes especialidades médicas e a organização da agenda de consultas nos ESFs em horários predeterminados – atualmente, a organização acontece por ordem de chegada dos pacientes nas unidades –, tendendo a ampliar e facilitar o acesso da população às consultas médicas no município pelo SUS

Além disso, também são citados os medicamentos, problemas com vacinação e tratamento odontológico, respectivamente. O tema de abrangência da cobertura de saúde bucal é mencionado com frequência no PMS e no PG1, indicando a ampliação e implantação de equipes de saúde bucal nos ESFs do município que não contam com essa especialidade, bem como preconizando a modernização dos produtos e equipamentos odontológicos de toda a rede. Para além dessas recomendações, ambos os documentos preveem a criação de um Centro

Especializado em Odontologia (CEO) no município, objetivo que ainda não foi concretizado.

Especificamente sobre o tratamento psiquiátrico, é importante recordar que a ausência de um CAPS no município já fora apontada por Costa e Almeida (2019) como uma relevante lacuna existente na rede de saúde de Caxambu. Embora a construção de um prédio e a aquisição de materiais e equipamentos para esse fim seja repetidamente descrita nos planos de governo e no PMS, inclusive apontando a previsão de despesas para sua consecução, tal carência ainda persiste, demonstrando que determinados objetivos expostos nos planos de gestão continuam ficando reiteradamente em segundo plano.

Por conta disso, os participantes foram perguntados sobre as fragilidades identificadas na utilização cotidiana da política pública, cujas respostas foram elencadas e quantificadas na Tabela 5:

Tabela 5 - Fragilidades na política pública de saúde apontadas pelos respondentes

O que mais te incomoda no serviço de saúde pública de Caxambu?	
Respostas	Frequência
Qualidade do atendimento	22 (51%)
Qualidade dos serviços ofertados (exames, consultas, procedimentos, medicamentos, etc.)	15 (35%)
Qualidade dos transportes de saúde para os municípios vizinhos	3 (7%)
Lentidão para responder às demandas	27 (62%)
Quantidade insuficiente de funcionários	9 (21%)
Quantidade insuficiente de postos de saúde (ESFs)	4 (9%)
Quantidade de leitos no Hospital	11 (26%)
Problemas de infraestrutura no Hospital	1 (2%)
UTI	1 (2%)
Ausência de Pronto-Socorro	1 (2%)
Qtde de respondentes: 43	

Fonte: Autor (2022).

Analisando a Tabela 5, é possível observar que se destacam, com maior

frequência, a lentidão dos serviços públicos de saúde para responder às demandas, a qualidade do atendimento ofertado nos equipamentos de saúde do município, bem como a qualidade dos serviços disponibilizados nas entidades que formam a rede de saúde pública de Caxambu. Com menor frequência, destacam-se negativamente a quantidade de leitos no Hospital do município, a quantidade insuficiente de funcionários e ESFs, a qualidade dos transportes de saúde, seguidos por problemas de infraestrutura no Hospital, ausência de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), despreparo dos funcionários da rede e a ausência de um pronto-socorro no município.

Ambos os planos de governo analisados, bem como o PMS e o PDEM estabelecem metas a curto, médio e longo prazo, em sua maioria, consonantes às fragilidades apontadas pelos respondentes da pesquisa. O PG1 indica a capacitação continuada dos servidores para a melhoria do atendimento e da resolutividade na política pública de saúde, todavia, tal medida parece ter sido insuficiente, haja vista que, por se tratar de um plano referente ao primeiro mandato da atual gestão do município, torna-se necessário atacar outras frentes para a qualificação do atendimento ofertado. Nesta senda, o PDEM, documento mais recente, indica, como metas a curto e médio prazo, a promoção do diálogo com os servidores da saúde para ampliar a compreensão da importância das redes prioritárias de atenção à saúde, visando à qualificação do atendimento e dos serviços ofertados na política pública municipal.

Ainda em relação à qualificação do atendimento, o mesmo PDEM preconiza, a curto e médio prazo, o desenvolvimento de programas focalizados para atendimento das necessidades de adolescentes, gestantes e cidadãos da terceira idade, a formação de grupos de tratamento e cuidados com a saúde e a ampliação do programa NASF, composto, atualmente, por obstetra, pediatra, psicólogo e fisioterapeuta. A médio e longo prazo, o PDEM indica o aprimoramento das redes de atenção à saúde do Ministério da Saúde, incluindo Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de cuidado à pessoa com Deficiência.

Em relação à lentidão para responder às demandas, o PG1 demonstra preocupação e aponta caminhos para a resolução desse problema, sugerindo a informatização das unidades de saúde nos atendimentos para acelerar os processos internos e a resposta às demandas do público. Nessa vereda, indicando a

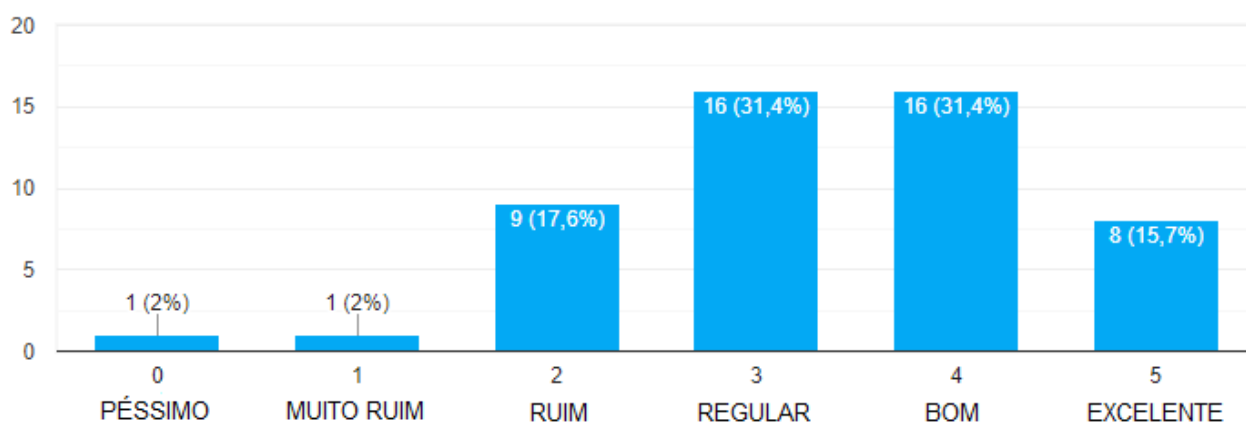
persistência do problema, o PG2 recomenda a ampliação dos atendimentos por telemedicina, tendência potencializada durante a pandemia de COVID-19, que visa trazer mais celeridade aos atendimentos da política de saúde. Conforme aponta o PDEM, a informatização e ampliação do uso das novas tecnologias parece ser a rota escolhida pelos gestores para superar a morosidade no atendimento ao público, através do desenvolvimento de *softwares* de integração das unidades de saúde do município, da implantação de uma Central de Regulação de Consultas, Exames e de Internações Hospitalares, além da instalação do prontuário eletrônico para os pacientes e da utilização de novas estratégias, como a marcação online de consultas para otimizar o atendimento.

No que diz respeito aos veículos dedicados ao transporte de pacientes da política de saúde, o PMS indica a aquisição de novos veículos com melhor qualidade e mais acessíveis para pacientes oncológicos e de hemodiálise para o TFD e para a atenção básica de saúde. Ademais, para além da contratação de profissionais de diferentes especialidades médicas para o município já citada anteriormente, o PMS também coloca como ações a serem efetivadas: a manutenção das equipes de ESF e a ampliação do número de ACSs em determinadas unidades. Em relação ao Hospital, o PG2 aborda uma reestruturação administrativa, complementada no PMS e no PDEM, respectivamente, com a proposição de aquisição de novos aparelhos e a ampliação de leitos hospitalares para melhor atendimento ao público. Para as demais debilidades do serviço público de saúde apontadas na Tabela 5 – quantidade de ESFs, ausência de UTI e de pronto-socorro – não são citadas, nos planos de gestão, ações para sua resolução.

Para além dos objetivos já mencionados, os planos de governo, PMS e PDEM citam, ainda, a valorização dos ACSs e ACEs – profissionais com papel fundamental para identificar as demandas locais – e a promoção de atividades e mutirões em conjunto com outras políticas públicas, como a educação para a realização de atividades educativas e preventivas relacionadas à saúde bucal e à orientação sexual e prevenção da gravidez precoce com adolescentes. Também preconizam o fomento a práticas ao ar livre, como no Parque das Águas do município e nos ginásios e quadras poliesportivas, em conjunto com a Secretaria de Esportes.

Finalmente, os participantes foram provocados a avaliarem e atribuírem uma nota ao serviço público de saúde de Caxambu, em uma escala de 0 a 5, na qual 0 corresponde a péssimo e 5 a excelente. O resultado é apresentado no Gráfico 8:

Gráfico 8 - Avaliação dos respondentes acerca da Política de saúde de Caxambu-MG



Fonte: Autor (2022).

De acordo com os resultados obtidos, a média de avaliação dos respondentes da pesquisa é de 3,33, equivalente a uma posição intermediária entre o que é considerado como “regular” e “bom”, conforme o questionário aplicado. Apesar da avaliação positiva e embora seja possível observar que existe certa compatibilidade entre as metas estabelecidas pela gestão municipal nos documentos analisados e as demandas e fragilidades apontadas pelos munícipes, parte dos objetivos não foi alcançada – como a construção do CAPS e CEO para atendimento de determinadas demandas que apenas a rede de atenção básica não consegue suprir – ou foram insuficientes para corrigir as deficiências mencionadas no questionário – como no caso da informatização dos processos internos, prontuário eletrônico e fomento à capacitação continuada dos servidores públicos municipais.

Em relação à política de assistência social, o número de respondentes que utilizaram algum serviço do CRAS ou CREAS em Caxambu nos últimos 24 meses é sensivelmente menor se comparado àqueles que utilizaram os serviços de saúde municipal, possivelmente devido ao perfil dos respondentes do questionário, apresentado anteriormente na Tabela 1. Apenas nove (17%) dos 51 participantes tiveram alguma demanda social durante esse período. A entidade procurada com mais frequência foi o CRAS (6), seguido pelo CREAS (3) e pelo Conselho Tutelar (1), que compõe a rede socioassistencial do município. No que diz respeito às fragilidades apontadas pelos respondentes, partindo do pressuposto de que é

possível avaliar serviços a partir das experiências compartilhadas por amigos e familiares, e devido ao número diminuto de indivíduos que utilizaram a política pública, julgou-se oportuno incluir àqueles participantes que, embora não tenham utilizado o serviço, identificam algumas debilidades nos serviços de assistência social e responderam à questão, conforme apresentado na Tabela 6:

Tabela 6 - Fragilidades na política pública de assistência social apontadas pelos respondentes

O que mais te incomoda no serviço de assistência social de Caxambu?	
Respostas	Frequência
Qualidade do atendimento	6 (23%)
Qualidade dos benefícios ofertados (cestas básicas, auxílio natalidade, auxílio funeral, etc.)	7 (26%)
Qualidade dos cursos profissionalizantes ofertados	9 (34%)
Lentidão para responder às demandas	9 (34%)
Quantidade insuficiente de funcionários	7 (26%)
Quantidade insuficiente de Centros de Referência (CRAS e CREAS)	9 (34%)
Trabalho em conjunto com os ESFs	1 (3%)
Qtde de respondentes: 24	

Fonte: Autor (2022).

Lentidão para responder às demandas e quantidade insuficiente de CRAS e CREAS são alguns dos problemas mais vezes mencionados pelos respondentes. As diretrizes estabelecidas pelos planos de governo e PDEM relacionadas à assistência social são bastante tímidas e não indicam objetivos a curto, médio ou longo prazo para conferir maior celeridade aos processos da política pública. No entanto, em outros documentos, grande parte das metas diz respeito à ampliação dos serviços ofertados. No PG1, há a previsão de construção de dois CRAS para melhor atender outros bairros do município distantes do único Centro em funcionamento, todavia, no primeiro mandato não houve movimentações do poder público nesse sentido. No PG2, a previsão, menos otimista, é de instalação de mais um CRAS para compor a rede socioassistencial municipal. Além disso, no plano 2017-2020 existem metas

relacionadas à ampliação de projetos vinculados à terceira idade, visando à construção de um centro de atividades da própria Secretaria de Desenvolvimento Social, bem como a criação de programas voltados a mulheres e adolescentes, à habitação e à segurança alimentar, entretanto, nenhum deles foi concretizado até o momento.

Em vigor, existem programas de inclusão ao mercado de trabalho, visando trazer autonomia aos usuários da política pública. Os cursos ofertados são relacionados à corte e costura, marcenaria, panificação e confeitaria, gastronomia, informática, construção civil, entre outros. Apesar de ser o único programa a ser colocado em prática desde o primeiro plano de governo, a qualidade desses cursos é destacada de forma negativa pelos respondentes da pesquisa, embora não seja possível apontar as causas para tal avaliação.

Além disso, também foram citadas a qualidade dos benefícios ofertados, a quantidade insuficiente de funcionários e a qualidade do atendimento. De fato, a Secretaria de Desenvolvimento Social conta com número diminuto de funcionários. Nesse sentido, salienta-se que o município realizou concurso público recentemente e as nomeações já foram realizadas, o que pode ampliar o número de funcionários em atuação e conferir maior estabilidade aos servidores gerando maior vínculo com a comunidade e, por conseguinte, qualificando melhor os atendimentos e serviços oferecidos no CRAS e CREAS do município.

Ademais, há o único relato de ausência de trabalho intersetorial da política de assistência social com a política de saúde, no caso específico, com os ESFs do município. Importa mencionar que o trabalho intersetorial, para além dos relatos coletados nas entrevistas realizadas com os atores institucionais de ambas as políticas públicas, é previsto também no PG1, que indica a implantação de um Programa de Planejamento Familiar em conjunto com a Secretaria de Saúde voltado para temas como gravidez precoce, prevenção de doenças, controle financeiro e capacitação profissional.

De modo geral, a política de saúde do município de Caxambu possui um arcabouço de planejamento estratégico mais robusto, haja vista que conta com um plano setorial exclusivamente dedicado aos serviços de saúde municipal, o que, de certo modo, indica que a cultura de avaliação e monitoramento das ações está relativamente incutida na gestão da política pública. Entretanto, um cenário oposto foi observado na política de assistência social, que se encontra em um estágio de

maturação incipiente por não possuir um plano estratégico próprio e por ter, nos planos de governo e no PDEM, suas únicas diretrizes e metas a serem atingidas.

Além de alguns dos objetivos serem extremamente genéricos, como “reduzir o número de pessoas em condições de vulnerabilidade social” e “estimular o empreendedorismo social e a criação de negócios sociais”, grande parte deles ainda não foi alcançado, não havendo prazos determinados para sua concretização e, tampouco, um roteiro estratégico e convergente a ser seguido pelos cargos diretivos da pasta. De acordo com Lindblom (2000) a opção por esse tipo de meta em planejamentos no setor público faz parte de uma estratégia que visa reduzir os esforços para a criação de consensos sobre os problemas públicos complexos que devem ser priorizados, o que corrobora com os apontamentos de Costa e Palotti (2013) acerca da dificuldade de gerenciamento da política pública de assistência social, marcada, há décadas, pelo estigma da caridade, pelo amadorismo das ações, pelo financiamento insuficiente e pelo seu isolamento setorial devido a pouca integração com outras políticas sociais.

Para Bueno e Carloto (2015), o ato de institucionalizar uma política de avaliação e monitoramento na assistência social é parte de um abrangente processo composto pela profissionalização dos agentes públicos e por uma edificação democrática, haja vista que os instrumentos de avaliação e monitoramento “ainda que representem a necessidade de estabelecimento de mecanismos gerenciais, respondem também à pressão da sociedade por transparência e responsabilização da gestão pública” (BUENO; CARLOTO, 2015, p. 14), constituindo-se como elementos que podem conduzir a política pública a novos níveis de qualificação. O caminho para esse objetivo, conforme Martinelli, Silva e Santos (2015), pode ser a institucionalização da Vigilância Socioassistencial, que visa “garantir às proteções social básica e especial a elaboração de planos e diagnósticos, [além de] diferentes propostas que as peculiaridades territoriais apresentarem” com vistas também ao controle social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a governança nas políticas públicas de assistência social e saúde no município de Caxambu-MG, tendo como principal motivação a relevante colocação alcançada pelo município no Ranking do Índice de Governança Municipal de 2020, realizado pelo Conselho Federal de Administração, entre cidades brasileiras com características semelhantes. A base teórica que subjazeu o estudo parte do entendimento de que a governança pública funciona como um aparato de funcionamento da máquina pública que compreende mecanismos relacionados à dimensão operacional, sendo adaptável a diferentes modelos da administração. Deste modo, o caminho para alcançar o objetivo geral passou pela identificação dos processos de comunicação intrasetoriais e intersetoriais, pela participação social e pelos instrumentos de publicização utilizados pela gestão municipal, bem como pelos mecanismos de avaliação, monitoramento, identificação de demandas e estabelecimento de metas operados em ambas as políticas públicas.

Em relação aos processos comunicativos e de delegação municipais, a política de saúde é marcada por um modelo mais formalizado, configurando-se como um sistema de gestão clássico, marcado pelo respeito aos níveis hierárquicos do organograma da política e pelo controle e vigilância das ações pelos profissionais que ocupam os cargos de médio e alto escalão (SULTI *et al.*, 2015). Além disso, houve destaque negativo à rotatividade dos profissionais que atuam na atenção básica de saúde municipal, sobretudo os coordenadores, que estão submetidos a um contrato renovado anualmente que não lhes confere estabilidade na função. Como consequência, muito tempo acaba sendo gasto com a adaptação de novos profissionais no corpo de funcionários, o que influi diretamente na relação interpessoal dentro da política pública e na qualidade dos serviços ofertados.

Na política de assistência social, por sua vez, o processo de gestão encontrado é significativamente diferente ao experimentado na política de saúde, considerando que há – devido às idiossincrasias da política pública, como a quantidade diminuta de funcionários e de equipamentos públicos – uma subversão da lógica hierárquica, na qual cada profissional, seja qual for o cargo que ocupe, possui mais autonomia no trabalho cotidiano. Nesse cenário, embora os processos comunicativos sejam, muitas vezes, informalizados, acontecem com mais fluidez

devido à positiva relação interpessoal oportunizada pela quantidade reduzida de atores institucionais.

A relação intersetorial entre ambas as políticas públicas mostrou-se ainda imatura, dado que não existe um projeto que preconiza as metodologias para o funcionamento do processo. Apesar disso, as unidades de Estratégia Saúde da Família e, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde, possuem grande potencial de identificar demandas sociais, uma vez que estão melhores distribuídos em território caxambuense, conseguindo abarcar regiões que a rede socioassistencial, por si só, não consegue atender integralmente. Esse panorama requisita, com urgência, que um planejamento intersetorial bem declarado para atendimento e identificação de demandas seja colocado em prática.

No que diz respeito à transparência, que abrange os instrumentos de publicização e o incentivo à participação social, há a utilização de tecnologias como plataformas online, aplicativos, além de redes sociais para os munícipes acessarem informações atinentes ao serviço público. Todavia, esse nível de comunicação pública acontece apenas em nível de informação, ou seja, em um processo de mão única no qual o setor público é o emissor e os cidadãos são receptores das mensagens (NOVELLI, 2009). Apesar da existência de ouvidorias na prefeitura municipal e na saúde, ainda existe a necessidade de evolução no processo de interação com a sociedade civil e de fomento à participação ativa.

Embora já tenham existido experiências anteriores exitosas em relação à participação social, como na construção do Plano de Desenvolvimento Econômico Municipal, a baixa participação popular em instrumentos mais consolidados como nos conselhos e conferências setoriais, cuja participação limita-se a um determinado grupo de pessoas, indica que o incentivo à participação no município é insuficiente ou inexistente. Deste modo, é necessário que novos tipos de tecnologia sejam utilizados nesse sentido e que o processo de comunicação em nível interativo e de incentivo à participação sejam parte dos objetivos colocados nos projetos governamentais municipais vinculados a ambas as políticas públicas.

Por fim, a análise também passou pelos processos de avaliação e monitoramento e identificação de demandas das políticas de saúde e assistência social municipais. A avaliação de desempenho utilizada pelo município é fruto de consultorias com instituições privadas, sendo parte de um amplo processo de reformas e modernização de procedimentos organizacionais dentro do aparato

administrativo da prefeitura, como uma reforma administrativa, concepção de um plano de cargos e salários para o funcionalismo público e realização de um concurso público para provimento de cargos que estavam em vacância. Contudo, durante o processo das entrevistas, a avaliação de desempenho foi reiteradamente destacada como um processo essencialmente punitivo, que se constitui como um fim em si mesmo, sem qualquer relação com um caráter avaliativo dedicado à identificação de problemas para a correção de desvios e aperfeiçoamento das ações e serviços ofertados, principais propósitos da utilização desse instrumento no setor público (BEHN, 2003).

Para a análise documental das metas estabelecidas para ambas as políticas públicas foram considerados os planos de governo dos dois últimos períodos eleitorais – a atual gestão foi reeleita –, bem como o Plano de Desenvolvimento Econômico Municipal e o Plano Municipal de Saúde. No caso específico da política de Saúde, que conta com um planejamento setorial próprio e com um setor de controle de avaliação que monitora a produção dos equipamentos de saúde municipais, foi possível observar que a) existe certa compatibilidade entre as metas estabelecidas e as fragilidades apontadas pelos respondentes do questionário e que b) a cultura de avaliação e monitoramento está relativamente incutida na cultura organizacional da gestão da política pública.

Cenário oposto foi encontrado na política de assistência social, que não conta com um plano de gestão setorial e é abordada, no Plano de Desenvolvimento Econômico Municipal, com metas genéricas e sem prazos estabelecidos para a sua consecução. Nos planos de governo, apesar de metas mais objetivas e específicas, também não há previsão para a concretização das ações que, em sua maioria, ainda não foram alcançadas. Tais fragilidades apontam que a inserção da política de assistência social nos planejamentos estratégicos do município parece visar apenas o cumprimento de uma formalidade, uma vez que nem mesmo o trabalho de avaliação e monitoramento dessas ações está estabelecido.

De modo geral, algumas grandes metas estabelecidas em todo o arcabouço estratégico analisado não foram alcançadas, como a construção de mais um Centro de Referência da Assistência Social para compor a rede socioassistencial do município, bem como a construção do Centro de Atenção Psicossocial e do Centro Especializado em Odontologia para integrar a rede de atenção à saúde. Outras delas não foram suficientes para corrigir as fragilidades encontradas nos serviços,

como a informatização dos processos internos e na relação com os cidadãos, criação de prontuário eletrônico e incentivo à capacitação continuada dos servidores, uma vez que as falhas relacionadas à morosidade e à qualidade do atendimento, de acordo com os respondentes do questionário, ainda persistem.

Em suma, a análise de alguns processos gerenciais de ambas as políticas públicas confirma e amplia as deficiências apontadas por Pereira e Almeida (2018) e Costa e Almeida (2019), além de indicar que o processo de governança no município de Caxambu não é uniforme, dado que se encontra em diferentes patamares de maturação em diferentes setores, constituindo um universo que dificilmente pode ser quantificado. Apesar disso, de modo geral, é possível perceber certa precariedade nos pilares que sustentam a boa governança de acordo com a literatura (ARAÚJO, 2002; FREY, 2004; PETERS, 2013) no município, considerando que a) nas políticas de assistência social e saúde há falhas importantes na utilização do conhecimento popular para a melhoria da performance administrativa, dado que a participação social no município não ultrapassa o caráter consultivo; e que b) o processo estratégico de implementação, controle, avaliação e monitoramento das metas ainda é incipiente, sobretudo na política de assistência social.

Entende-se, por fim, que, apesar das limitações vinculadas à amplitude da amostra e à quantidade de entrevistados, a pesquisa foi capaz de fornecer um rico diagnóstico sobre a governança nas políticas de assistência social e saúde do município de Caxambu, apontando um caminho promissor para análises empíricas da governança em políticas públicas. Com isso, esse estudo enseja, como possibilidade de pesquisas futuras, a ampliação da análise para outras políticas públicas, envolvendo outros atores institucionais desse ou de outros municípios, além de abrir campo para a realização de análises comparativas com as gestões de outras cidades que também alcançaram posicionamentos relevantes no Ranking do Índice de Governança Municipal ou indicadores correlatos.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, V. C.; PEREIRA, J. R.; SILVA, É. A. F. Gestão social e governança pública: aproximações e (de) limitações teórico-conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, v. 17, p. 11-29, 2015.
- ALMEIDA, C; CARLOS, E; SILVA, R. Efetividade da participação nos conselhos municipais de assistência social do Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 22, n. 2, ago. 2016.
- ARAÚJO, V C. **A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho**. Brasília, DF: Enap, 2002.
- BAETA, O. V.; PEREIRA, J. R.; MUCCI, C. B. M. R. Contributions of communicative of rationality for the brazilian public governance. **Business and Management Review**, v. 4, n. 5, p. 761-769, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRETT, P. Achieving better practice corporate governance in the public sector. **Australian National Audit Office**, 2002.
- BEHN, R. Why measure performance? Different purposes require diferente measures. **Public Administration Review**, v. 63, n. 5, p. 586-606, 2003.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BOVAIRD, T.; LÖFFLER, E. Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies. **International Review of Administrative Sciences**, v. 69, n. 3, p. 313-328, set. 2003.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília: Edições Câmara, 2012. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 set. 2020.
- BRASIL. Lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS**. 4. ed. Brasília: MDS, 2004.
- BRASIL. Decreto nº 9.203, de 22 de Novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 nov. 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9203.htm. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 05 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n. 8.159, de 08 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial União.** Brasília, DF: 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 9.163/2017.** Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. 2017b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1625308&filenam e=PL+9163/2017. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004:** Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: MDS, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH/SUAS.** Brasília, DF: 2007

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública.** 2 ed. Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014a. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D4A14347>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial para avaliação de governança em políticas públicas.** Brasília: TCU, 2014b. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A15232A37901529D144765541F>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Decreto nº 5.378 de 23 de fevereiro de 2005. Institui o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 24 fev. 2005. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/gespublica.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial**

da União. Brasília, DF, 01 jul. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13303.htm. Acesso em: 24 set. 2019.

BRASIL. Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, DF: MDS, 2009a. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf. Acesso em: 17. Nov. 2021.

BRASIL. Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 28 maio 2009b.

BRAVO, M. I. S. et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

BREVILHERI, E. C. L; PASTOR, M. A intersetorialidade como estratégia de gestão das políticas de assistência social e saúde. *In: CONSERVA, M. S; ALVES, J. L; SILVA E. L. P. (org).* **Estado brasileiro, direitos constitucionais e os desafios da proteção social no século XXI.** João Pessoa: Editora do CCTA, 2016.

BUENO, N. C; CARLOTO, C. M. Avaliação e monitoramento da política de assistência social: uma proposta em construção. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 13-21, jan./jun. 2015.

CARMO, M. E; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de assistência social e saúde: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, G. F. A Assistência Social no Brasil: da Caridade ao Direito. 2008. 58 f. Monografia (Departamento de Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro PUC Rio, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.pucRio.br/11992/11992.PDF>. Acesso em: 19 set. 2020.

CARVALHO, M. F. A interface da busca ativa na prática do assistente social. 2020. 119 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC São Paulo, São Paulo, 2020.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. **European governance: a white paper.** Brussels: COM, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO. **Metodologia**. 2019. Disponível em: <http://igm.cfa.org.br/metodologia>. Acesso em: 19 set. 2019.

COSTA, B. L. D; PALOTTI, P. L. M. Implantação de um sistema integrado de monitoramento da política de assistência social no Brasil: desafio e perspectivas. **Economia e Políticas Públicas**, v. 1, n. 1, 2013.

COSTA, J. P. M.; ALMEIDA, C. C. A. **Rede Socioassistencial de Caxambu-MG: resolutividades, possibilidades e desafios**. 2019. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações-MG, 2019.

COUTO, B. R. O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da assistência social. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**, p. 205-217, 2009.

CRUZ, C. F; FERREIRA, A. C. S; SILVA, L. M; MACEDO, M. A. S. Transparência da gestão pública municipal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 153-176, jan./fev. 2012.

DURÁN, P. R. F; GERSCHMAN, S. Desafios da participação nos conselhos de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 884-896, 2014.

EVANS, Peter. Além da "Monocultura Institucional": instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 5, n. 9, p. 20-63, jan./jun. 2003.

FAGNANI, E. **Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Tese (Doutorado em Economia). 2005. 601 f. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/RE_POSIP/285940. Acesso em: 20 set. 2019.

FETZNER, M. A; OLTRAMARI, A. P; OLEA, P. M. Gestão do desempenho na administração pública: o caso da TI governo. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 968-982, set./out. 2010.

FREY, K. Governança interativa: uma concepção para compreender a gestão pública participativa? **Política & Sociedade**, v. 3, n. 5, p. 118-138, 2004.

FREY, K. Governança urbana e participação pública. **RAC – eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 136-150, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAHAM, J; AMOS, B; PLUMPTRE, T. Principles for good governance in the 21st

century. **Institute on Governance**, n. 15, Ottawa, Canadá, ago. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBCG). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5. ed. São Paulo: IBCG, 2015.

INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTANTS (IFAC). **International framework: good governance in the public sector**. [S. l.: s. n.], 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

KAUFMANN, D.; KRAAY, A.; ZOIDO-LOBATÓN, P. Governance matters. **World Bank Policy Research**, v. 7, n. 6, 1999.

KISSLER, L; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 3, p. 479-499, 2006.

KOOIMAN, J. **Governing as governance**. Londres: Sage, 2006.

LI, M. H; FEENEY, M. K. Adoption of eletronic Technologies in local U.S governments: dinstinguishing between e-services and communication technologies. **The American Review of Public Adminsitration**, v. 44, n. 1, p. 75-91, 2014.

LINDBLOM, C. E. La ciencia de "salir del paso". In: VILLANUEVA, L. F. A. (org.). **La hechura de las políticas**. Cidade do México: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, 2000.

LÖFFER, E. Governance: die neue generation von staats-und verwaltungsmodernisierung. **Verwaltung + Management**, v. 7, n. 4, p. 212-215, 2001.

LYNN Jr., L. E; HEINRICH, C. J; HILL, C. J. **Improving governance: a new logic for empirical research**. Washington: Georgetown University Press, 2000.

MADUREIRA, C; RODRIGUES, M. A avaliação do desempenho individual no contexto da administração pública portuguesa: desafios e limitações do SIADAP. In: ENCONTRO INTERNACIONAL TRABALHO, ORGANIZAÇÕES E PROFISSÕES, 1., 2011, Porto. **Anais [...]**. Porto, Portugal: 2011.

MARINI, C.; MARTINS, H. Um governo matricial: estruturas em rede para geração de resultados de desenvolvimento. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9., 2004, Madrid. **Anais [...]**. Madrid: CLAD, 2004. p. 1-26.

MARTINELLI, T; SILVA, M. B; SANTOS, S. R. Vigilância socioassistencial na política de assistência social: concepção e operacionalidade. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 104-112, jan./jun. 2015.

MASSEY, A.; JOHNSTON-MILLER, K. **Governance**: public governance to social innovation? *Policy & Politics*, v. 44, n. 4, p. 663-675, out. 2016.

MATIAS-PEREIRA, J. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109-134, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MONNERAT, G; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. *In*: MONNERAT, G; SOUZA, R. G. (org.). **A Intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

NARDES, J. A. R.; ANTOUNIAN, C. S.; VIEIRA, L. A. G. **Governança Pública**: o desafio do Brasil. 3. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

NOVELLI, A. L. C. R; O papel institucional da Comunicação Pública para o sucesso da governança. **Organicom**, v. 3, n. 4, p. 77-89, 2006.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração on line**, v. 2, n. 3, p. 01-10, 2001.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **OECD principles of corporate governance**. [S. l.: s. n.], 2004.

PAES DE PAULA, A. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. FGV, 2005.

PAINES, A. T.; AGUIAR, M. R. V.; PINTO, N. G. M. A governança no setor público segundo a Ifac: uma análise dos Institutos Federais da região Sul do Brasil. **Nucleus**, v. 15, n. 1, p. 351-366, abr. 2018.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. **The Lancet**, p. 11-31, maio 2011. Série Saúde no Brasil.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e New Public Management: convergências e contradições no contexto brasileiro. **Organizações & Sociedade**, v. 15, n. 46, p. 39-55, 2008.

PEREIRA, G. N. **A governança da política de assistência social na cidade de São Paulo**: um olhar para as burocratas de médio escalão. 2019. 203 f. Tese

(Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do ABC, São Bernardo do Campo, 2019.

PEREIRA, P. A. P. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. **Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 63-83, jan./jul. 2007.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERAT, G; SOUZA, R. G. (org.). **A Intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

PEREIRA, R. C.; ALMEIDA, C. C. A. **O trabalho do serviço social na policlínica de Caxambu – MG**: desafios e possibilidades frente reformas regressivas. 2018. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações-MG, 2018.

PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica**. Paraná: Juruá, 2014.

PETERS, G. A cybernetic model of governance. *In*: Levi-Faur, D, **The Oxford handbook of governance**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

PETERS, G. O que é governança? **Revista do TCU**, n. 127, p. 28-33, 2013.

PINTO, T. R. G. S. **A governança da política municipal de saúde e as demandas municipais no contexto da coordenação federativa**. 2018. 251 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

RAMOS, P.; RAMOS, M. M.; BUSNELLO, S. J. **Manual prático de metodologia da pesquisa**: artigo, resenha, projeto, tcc, monografia, dissertação e tese. Blumenau, SC: Acadêmica Publicações, 2003.

RAQUEL, I. **Governança pública**: a consolidação de uma matriz com atributos que caracterizam o tema, na perspectiva de especialistas. Florianópolis. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

RAQUEL, I.; BELLEN, H. M. V. Contribuição à concepção da governança pública: uma análise a partir da visão dos especialistas. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 36., 2012, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Anpad, 2012.

RHODES, R. A W. The new governance: governing without government. **Political Studies**, v. 44, p. 652-667, 1996.

RIBEIRO; W. R; FERREIRA, J. M. L. Desafios das redes intersectoriais na gestão da proteção social. *In*: CONSERVA, M. S; ALVES, J. L; SILVA E. L. P. (org). **Estado brasileiro, direitos constitucionais e os desafios da proteção social no século XXI**. João Pessoa: CCTA, 2016.

RIBEIRO FILHO, W. F.; VALADARES, J. L. Governança: uma nova perspectiva de

gestão aplicada à administração pública. **The Journal of Engineering and Exact Sciences**, v. 3, n. 5, p. 721-723, 2017.

ROCHA, M. V. R. da. **Estado, governança e capacidades estatais**: proposta de análise a partir dos planos plurianuais. 2015. 40 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RODRIGUES, M. F. B. *et al.* Análise do método de avaliação de desempenho dos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Santa Catarina. *In*: Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul, 9., 2009, Florianópolis/SC. **Anais [...]**. Florianópolis, 2009.

RODRIGUES, W. A.; REIS NETO, M. T.; GONÇALVES FILHO, C. As influências na motivação para o trabalho em ambientes com metas e recompensas: um estudo no setor público. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 253-273, jan./fev. 2014.

ROHOD, M. **A importância de uma boa comunicação interna para a efetividade de processos e procedimentos organizacionais**. 2021. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em Pessoas, Inovação e Resultados) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2021.

RONCONI, L. Governança pública: um desafio à democracia. **Emancipação**, v. 11, n. 1, p. 21-34, 2011.

SANTOS, E. M.; SILVA, A. S. R. Mídias sociais no setor público: uma análise do uso como ferramentas de comunicação e interação em organizações no Brasil. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON INFORMATION RESOURCES MANAGEMENT, 2017, Santiago. **Proceedings [...]**. Santiago: 2017.

SANTOS, R. S.; FARIAS, A.; MIKUCKI, D. A.; COUTO, G. G. Comunicação interna na administração pública municipal: estudo de caso na Gerência de Educação e Cultura de Naviraí. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE GESTÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO, 1, 2017, Naviraí, SC. **Anais [...]**. Naviraí, SC: EIGEDIN, 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SILVA, C. N. Igreja católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 15, p. 326-351, jan./jun. 2006. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/68723/2-s2.0-33748108832.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 set. 2019.

SLOMSKI, V.; MELLO, G. R.; TAVARES FILHO, F.; MACEDO, F. Q. **Governança corporativa e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2008.

SPINK, P. K.; RAMOS, Ana Marcia Fornaziero. Rede Socioassistencial do SUAS: configurações e desafios. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 19, n. 36, p. 285-310, dez. 2016.

STREIT, R. E; KLERING, L. R. Governança pública sob a perspectiva dos sistemas complexos. *In*: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, 1., 2004, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2004. p. 1-9.

STREIT, R. E; KLERING, L. R. Governança pública sob a perspectiva dos sistemas complexos. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS EM GESTÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, 2005, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: 2005.

SULTI, A. D. C. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, jan./mar. 2015.

TEIXEIRA, A. F.; GOMES, R. C. Governança pública: uma revisão conceitual. **Rev. Serviço Público**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 519-550, out./dez. 2019.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). **Basic facts about the United Nations**. New York: Department of Public Information, 2004.

VICENTE, M. A. A. F. Avaliação do desempenho no setor público: benefícios, dificuldades e consequências não intencionadas. **CIES e-Working Paper**, Lisboa, Portugal, fev. 2014.

WORLD BANK. **What is governance?** 2008. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/topic/governance>. Acesso em: 20 out. 2021.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. São Paulo: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – Modelo Entrevista 1

Qual é a sua idade?

- a) Menos que 18
- b) 18 a 24 anos
- c) 25 a 34 anos
- d) 35 a 44 anos
- e) 45 a 60 anos
- f) 60 ou mais

Com qual gênero você se identifica?

- a) Masculino
- b) Feminino
- c) Prefiro não responder

A sua cor ou raça é:

- a) Amarela
- b) Branca
- c) Indígena
- d) Parda
- e) Preta

Seu estado civil é:

- a) Solteiro(a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viúvo(a)
- e) Outro. Qual? _____

Qual é o seu nível escolar?

- a) Ensino médio completo
- b) Ensino superior incompleto
- c) Ensino superior. Área: _____
- d) Pós-graduação. Área: _____

e) Mestrado ou Doutorado. Área: _____

1) Fale sobre sua trajetória profissional. Quais são suas experiências profissionais e formação acadêmica?

PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E DELEGAÇÃO

2) Quais são/foram os principais fatores considerados para a escolha dos membros da alta administração do município, em especial nas políticas de Assistência social e saúde?

3) Como acontece o processo de comunicação interno entre os diferentes atores e níveis hierárquicos que compõem a estrutura da administração municipal?

4) Os servidores que atuam na formulação e implementação da política de Saúde/Assistência Social municipal possuem poder de decisão? Quais são as suas responsabilidades?

5) Existem espaços para troca de informações entre os diferentes níveis hierárquicos da máquina pública? Quais são esses espaços?

6) De que forma a gestão municipal incentiva a capacitação continuada de seus servidores?

7) Considerando o setor público como um ambiente multifacetado e, muitas vezes, cercado por interesses, os servidores públicos municipais se submetem a algum código de ética/conduita que norteie seus comportamentos?

INSTRUMENTOS DE PUBLICIZAÇÃO

8) Como você avalia a transparência no serviço público?

9) Através de quais canais os cidadãos podem acompanhar os gastos públicos relacionados à política pública municipal de saúde/assistência social?

10) Como o poder público municipal avalia esse acompanhamento dos cidadãos?

AValiação E MONITORAMENTO

11) Quais são os instrumentos e/ou indicadores de controle, avaliação e

monitoramento da política municipal de saúde/assistência social? Como eles são utilizados?

12) Como foi pensada a inserção de tais instrumentos? Como se deu o processo de inserção/ampliação?

13) Como o desempenho dos servidores é mensurado e avaliado? Existem instrumentos para esse fim?

14) Existem instâncias internas de governança (ex.: ouvidoria, auditoria interna, conselho fiscal, comissões e comitês) em funcionamento? De que forma elas atuam?

15) De que forma é avaliada a satisfação da população com os serviços públicos ofertados?

16) Como são apurados os indícios de irregularidade na condução das políticas públicas e/ou atuação dos servidores, caso existam? Auditorias internas são realizadas?

17) Existe alguma Parceria Público-Privada – PPP nas políticas públicas de assistência social e saúde? Qual é a concepção da gestão municipal sobre esse tipo de ferramenta?

PARTICIPAÇÃO

18) Como os cidadãos participam da política pública de saúde/assistência social?

19) Qual é a relação entre a formulação das políticas públicas e a participação popular?

20) Atualmente existem, ou em algum momento da gestão já existiram, espaços/instrumentos de interlocução entre poder público e sociedade sobre a condução das políticas públicas municipais? Como foi a experiência?

21) Em sua opinião, a sociedade civil municipal mostra-se capacitada e/ou interessada em participar dos processos políticos e administrativos municipais? Por quê?

DEMANDAS X METAS

22) Como são definidas as metas governamentais das políticas públicas de

saúde/assistência social?

23) Quais são as políticas e diretrizes utilizadas para o alcance das metas das políticas públicas em consonância com o Plano Plurianual e a Lei Orçamentária Anual? Até que ponto essas regulações influenciam na tomada de decisão dos gestores?

24) Como acontece a identificação das demandas locais? De que forma são apresentados os resultados?

25) Quais são os maiores desafios para o bom relacionamento entre o poder público e sociedade?

26) Existe diálogo com o Poder Legislativo para a institucionalização e normatização de práticas de governança no município?

APÊNDICE B – Modelo Entrevista 2

Qual é a sua idade?

- a) Menos que 18
- b) 18 a 24 anos
- c) 25 a 34 anos
- d) 35 a 44 anos
- e) 45 a 60 anos
- f) 60 ou mais

Com qual gênero você se identifica?

- a) Masculino
- b) Feminino
- c) Prefiro não responder

A sua cor ou raça é:

- a) Amarela
- b) Branca
- c) Indígena
- d) Parda
- e) Preta

Seu estado civil é:

- a) Solteiro(a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viúvo(a)
- e) Outro. Qual? _____

Qual é o seu nível escolar?

- a) Ensino médio completo
- b) Ensino superior incompleto
- c) Ensino superior. Área: _____
- d) Pós-graduação. Área: _____

e) Mestrado ou Doutorado. Área: _____

1) Fale sobre sua trajetória profissional. Quais são suas experiências profissionais, formação acadêmica e como se deu seu ingresso no serviço público?

PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E DELEGAÇÃO

2) Como acontece o processo de comunicação interno entre os diferentes atores e níveis hierárquicos que compõem a estrutura da administração municipal?

3) Os servidores que atuam na formulação e implementação da política de Saúde/Assistência Social municipal possuem poder de decisão? Quais são as suas responsabilidades?

4) Como é a relação entre os profissionais que atuam nessa política pública?

5) Existem espaços para troca de informações entre os diferentes níveis hierárquicos da máquina pública? Quais?

6) De que forma a gestão municipal incentiva a capacitação continuada de seus servidores?

7) Considerando o setor público como um ambiente multifacetado e, muitas vezes, cercado por interesses, os servidores públicos municipais se submetem a algum código de ética/conduita que norteie seus comportamentos?

8) Algum trabalho intersetorial é realizado entre as políticas públicas de assistência social e saúde? De que forma acontece?

INSTRUMENTOS DE PUBLICIZAÇÃO

9) Como você avalia a transparência no serviço público?

10) Através de quais canais os cidadãos podem acompanhar os gastos públicos relacionados à política pública municipal de saúde/assistência social?

11) Como o poder público municipal avalia o acompanhamento dos cidadãos?

AValiação E MONITORAMENTO

12) Quais são os instrumentos e/ou indicadores de controle, avaliação e monitoramento da política municipal de saúde/assistência social? Como eles são

utilizados?

13) Como foi pensada a inserção de tais instrumentos? Como se deu o processo de inserção/ampliação?

14) Como o desempenho dos servidores é mensurado e avaliado? Existem instrumentos para esse fim?

15) Existem instâncias internas de governança (ex.: ouvidoria, auditoria interna, conselho fiscal, comissões e comitês) em funcionamento? De que forma elas atuam?

16) De que forma é avaliada a satisfação da população com os serviços públicos ofertados?

17) Como são apurados os indícios de irregularidade na condução das políticas públicas e/ou atuação dos servidores, caso existam? Auditorias internas são realizadas?

PARTICIPAÇÃO

18) Como os cidadãos participam da política pública de saúde/assistência social?

19) Qual é a relação entre a formulação das políticas públicas e a participação popular?

20) Atualmente existem, ou em algum momento da gestão já existiram, espaços/instrumentos de interlocução entre poder público e sociedade sobre a condução das políticas públicas municipais? Como foi a experiência?

21) Qual é o papel e importância do Conselho Municipal de Saúde/Assistência Social para o processo de tomada de decisões?

22) Em sua opinião, a sociedade civil municipal mostra-se capacitada e/ou interessada em participar dos processos políticos e administrativos municipais?

DEMANDAS X METAS

23) Como são definidas as metas governamentais das políticas públicas de saúde/assistência social?

24) Quais são as políticas e diretrizes utilizadas para o alcance das metas das políticas públicas em consonância com o Plano Plurianual? Até que ponto esse

plano influencia na tomada de decisão dos gestores?

25) Como acontece a identificação das demandas locais? De que forma são apresentados os resultados?

26) Quais são os maiores desafios para o bom relacionamento entre o poder público e sociedade?

APÊNDICE C – Modelo Entrevista 3

Qual é a sua idade?

- a) Menos que 18
- b) 18 a 24 anos
- c) 25 a 34 anos
- d) 35 a 44 anos
- e) 45 a 60 anos
- f) 60 ou mais

Com qual gênero você se identifica?

- a) Masculino
- b) Feminino
- c) Prefiro não responder

A sua cor ou raça é:

- a) Amarela
- b) Branca
- c) Indígena
- d) Parda
- e) Preta

Seu estado civil é:

- a) Solteiro(a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viúvo(a)
- e) Outro. Qual? _____

Qual é o seu nível escolar?

- a) Ensino médio completo
- b) Ensino superior incompleto
- c) Ensino superior. Área: _____
- d) Pós-graduação. Área: _____

e) Mestrado ou Doutorado. Área: _____

1) Fale sobre sua trajetória profissional. Quais são suas experiências profissionais, formação acadêmica e como se deu seu ingresso no serviço público?

PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E DELEGAÇÃO

2) Como acontece o processo de comunicação interno entre os diferentes atores e níveis hierárquicos que compõem a estrutura da administração municipal?

3) Os servidores que atuam na formulação e implementação da política de Saúde/Assistência Social municipal possuem poder de decisão? Quais são as suas responsabilidades?

4) Como é a relação entre os profissionais que atuam nessa política pública?

5) Existem espaços para troca de informações entre os diferentes níveis hierárquicos da máquina pública? Quais?

6) De que forma a gestão municipal incentiva a capacitação continuada de seus servidores?

7) Algum trabalho intersetorial é realizado entre as políticas públicas de assistência social e saúde? De que forma acontece?

INSTRUMENTOS DE PUBLICIZAÇÃO

8) Como você avalia a transparência no serviço público?

9) Através de quais canais os cidadãos podem acompanhar os gastos públicos relacionados à política pública municipal de saúde/assistência social?

10) Como o poder público municipal avalia o acompanhamento dos cidadãos?

AValiação e Monitoramento

11) Quais são os instrumentos e/ou indicadores de controle, avaliação e monitoramento da política municipal de saúde/assistência social? Como eles são utilizados?

12) Como foi pensada a inserção de tais instrumentos? Como se deu o processo de inserção/ampliação?

13) Como o desempenho dos servidores é mensurado e avaliado? Existem instrumentos para esse fim?

14) De que forma é avaliada a satisfação da população com os serviços públicos ofertados?

PARTICIPAÇÃO

15) Como os cidadãos participam da política pública de saúde/assistência social?

16) Qual é a relação entre a formulação das políticas públicas e a participação popular?

17) Qual é o papel e importância do Conselho Municipal de Saúde/Assistência Social para o processo de tomada de decisões?

18) Em sua opinião, a sociedade civil municipal mostra-se capacitada e/ou interessada em participar dos processos políticos e administrativos municipais?

DEMANDAS X METAS

19) Como são definidas as metas governamentais das políticas públicas de saúde/assistência social?

20) Como acontece a identificação das demandas locais? De que forma são apresentados os resultados?

21) Quais são os maiores desafios para o bom relacionamento entre o poder público e sociedade?

APÊNDICE D – Questionário aos Municípios

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

Olá! Sou João Pedro Moreira Costa, bacharel em Serviço Social e, atualmente, mestrando em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL.

Com finalidade estritamente acadêmica, esse questionário é parte dos instrumentos de coleta de dados que compõem minha dissertação, que tem como tema as práticas de Governança Pública nas políticas públicas de Saúde e Assistência Social de Caxambu. Portanto, parte do entendimento de que os cidadãos são os melhores avaliadores dos serviços públicos, e, por extensão, os mais capacitados a identificarem seus aspectos negativos e positivos.

Se você é morador de Caxambu, sua contribuição será muito importante. De antemão, agradeço!

Pular para a pergunta 1 *Pular para a pergunta 1*

Perfil do respondente

Nessa primeira etapa, as questões estarão relacionadas aos aspectos demográficos e socioeconômicos do respondente. Fique tranquilo(a)! Os dados da pesquisa serão tratados no todo, não individualmente, sendo assim, a identificação não é importante. Em nenhum momento dados pessoais serão solicitados.

1. Qual é a sua idade?

Marcar apenas uma oval.

- 18 a 24 anos
- 25 a 34 anos
- 35 a 44 anos
- 45 a 59 anos
- 60 ou mais

04/06/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

2. Com qual gênero você se identifica?

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não dizer

3. A sua cor ou raça é:

Marcar apenas uma oval.

- Amarela
 Branca
 Indígena
 Parda
 Preta
 Outro: _____

4. Seu estado civil é:

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
 Outro: _____

04/06/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

5. Qual é o seu nível escolar?

Marcar apenas uma oval.

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior
- Pós-Graduação - Especialização
- Mestrado ou Doutorado

6. Qual é a sua situação atual de emprego?

Marcar apenas uma oval.

- Trabalho formal (carteira assinada)
- Trabalho informal (sem carteira assinada)
- Autônomo
- Desempregado(a)
- Estudante
- Aposentado(a)

04/06/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

7. Qual é a sua renda familiar total?

Marcar apenas uma oval.

- Igual ou inferior a R\$1.100,00
- Entre R\$1.101,00 e 2.200,00
- Entre R\$2.201,00 e R\$3.300,00
- Entre R\$3.301,00 e R\$4.400,00
- Entre R\$4.401,00 e R\$5.500,00
- Entre R\$5.501,00 e R\$10.000,00
- Acima de R\$10.000,00

8. Contando com você, quantas pessoas moram na sua residência?

9. Você reside em Caxambu-MG?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

10. Em qual bairro?

Serviços de
Saúde e
Assistência
Social de
Caxambu-MG

Obrigado por chegar até aqui! Essa é a última e principal etapa do questionário. As questões abordarão a utilização dos serviços de saúde e assistência social de Caxambu-MG. Sua opinião é muito importante para o resultado da pesquisa.

08/07/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

11. Nos últimos 24 meses você utilizou algum serviço público de saúde?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Qual serviço você procurou com mais frequência?

Marque todas que se aplicam.

Posto de Saúde (PSF)

Policlínica

Exames

Hospital

Farmácia Popular

Nenhum

Outro: _____

13. De 0 (zero) a 5 (cinco), como você avalia o serviço ofertado, sendo 0 (zero) PÉSSIMO e 5 (cinco) EXCELENTE?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
PÉSSIMO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

14. Você mudaria algo no serviço de saúde pública de Caxambu?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

08/07/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

15. Se respondeu "sim" na questão anterior, o que mais te incomoda no serviço de saúde pública de Caxambu?

Marque todas que se aplicam.

- Qualidade do atendimento
- Qualidade dos serviços ofertados (exames, consultas, procedimentos, medicamentos, etc)
- Qualidade dos transportes de saúde para municípios vizinhos
- Lentidão para responder às demandas
- Quantidade insuficiente de funcionários
- Quantidade insuficiente de postos de saúde
- Quantidade de leitos no Hospital
- Nada

Outro: _____

16. Alguma demanda de saúde sua ou de sua família deixou de ser atendida nos últimos 24 meses?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

17. Se respondeu "SIM" na resposta anterior, qual demanda não foi atendida?

08/07/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

18. Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde de Caxambu ou algum outro espaço de diálogo entre poder público e sociedade?

Marcar apenas uma oval.

- Sim. Conselho Municipal de Saúde
- Sim. Outro.
- Não

19. Se respondeu "OUTRO" na pergunta anterior, qual foi esse espaço?

20. Nos últimos 24 meses você utilizou algum serviço público da assistência social?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. Qual serviço você procurou com mais frequência?

Marque todas que se aplicam.

- Centro de Referência da Assistência Social - CRAS
- Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE
- Casa da Criança
- Asilo Santo Antônio
- Conselho Tutelar
- Nenhum

Outro: _____

04/06/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

22. De 0 (zero) a 5 (cinco), como você avalia o serviço ofertado, sendo 0 (zero) PÉSSIMO e 5 (cinco) EXCELENTE?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
PÉSSIMO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

23. Você mudaria algo no serviço de assistência social de Caxambu?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

24. Se respondeu "sim" na questão anterior, o mais te incomoda no serviço de assistência social de Caxambu?

Marque todas que se aplicam.

- Qualidade do atendimento
 Qualidade dos benefícios ofertados (cestas básicas, auxílio natalidade, auxílio funeral, etc)
 Qualidade dos cursos profissionalizantes ofertados
 Lentidão para responder às demandas
 Quantidade insuficiente de funcionários
 Quantidade insuficiente de Centros de Referência (CRAS e CREAS)
 Nada
Outro: _____

08/07/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

25. Alguma demanda social sua ou de sua família deixou de ser atendida nos últimos 24 meses?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

26. Se respondeu "SIM" na pergunta anterior, qual demanda não foi atendida?

27. Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Assistência Social de Caxambu ou algum outro espaço de diálogo entre poder público e sociedade?

Marcar apenas uma oval.

Sim. Conselho Municipal de Assistência Social

Sim. Outro.

Não.

28. Se respondeu "OUTRO" na pergunta anterior, qual foi esse espaço?

29. Você gostaria de participar de algum espaço de diálogo entre poder público e cidadão?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

04/06/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

30. Por quê? Justifique a resposta anterior.

31. De 0 (zero) a 5 (cinco), o quanto você considera que o poder público municipal de Caxambu incentiva a participação social na gestão das políticas públicas de saúde e assistência social, sendo 0 (zero) NENHUM INCENTIVO e 5 (cinco) MUITO INCENTIVO?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
NENHUM INCENTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUITO INCENTIVO

32. De 0 (zero) a 5 (cinco), o quanto você considera que o cidadão possui de influência na gestão das políticas públicas de saúde e assistência social, sendo 0 (zero) NENHUMA INFLUÊNCIA e 5 (cinco) MUITA INFLUÊNCIA?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
NENHUMA INFLUÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUITA INFLUÊNCIA

Comentários e sugestões

Obrigado por participar da pesquisa!

04/06/2021

Questionário sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e assistência social de Caxambu-MG

33. Use esse espaço para inserir comentários adicionais sobre o funcionamento da política de saúde e assistência social no município de Caxambu ou para sugerir alterações ao questionário:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO A – Formulário de avaliação de desempenho da Prefeitura Municipal de Caxambu



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXAMBU-MG

ANEXO I – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESF

Nome do Profissional:	
Equipe ESF:	
Função:	Data admissão:
Data últ. renovação:	Data Avaliação:

Preenchimento: Assinale com um "X" a nota que melhor se aplica
ao desempenho do profissional avaliado:

Ruim: Não atendeu Bom: Atendeu plenamente
Regular: Atendeu parcialmente Ótimo: Superou

Critérios Avaliados	Ruim				Regular		Bom			Ótimo	Fator (peso)	Pontos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
I – Assiduidade / Pontualidade											x 1	
II – Disciplina											x 1	
III – Capacidade de iniciativa											x 1	
IV – Produtividade / Qualidade / Conhecimento técnico / Eficiência											x 2	
V – Responsabilidade											x 2	
VI – Respeito e compromisso para com a instituição											x 1	
VII - Relacionamento interpessoal											x 1	
VIII – Relacionamento com a comunidade											x 1	
TOTAL :												

Comentários dos Avaliadores:

CONCLUSÃO		
Pontuação	Resultado	Data

Resultado: 70 pontos ou mais => Aprovado / Menos de 70 pontos => Reprovado /
ou
Menor que 5 em duas avaliações consecutivas em qualquer quesito => Reprovado.

Avaliadores:
