

## A Gestão e o Plano Municipal de Saúde do Município de Caçador, Santa Catarina

<http://dx.doi.org/10.21527/2237-6453.2020.53.266-287>

Recebido em: 17/4/2020

Aceito em: 31/7/2020

Maria Luiza Milani,<sup>1</sup> Humberto Assis de Almeida,<sup>2</sup>  
Daniela Pedrassani,<sup>3</sup> Jairo Marchesan<sup>4</sup>

### RESUMO

O presente artigo teve como objetivo analisar a gestão da saúde e os Planos Municipais de Saúde (PMSs), do município de Caçador, localizado no meio oeste de Santa Catarina. O estudo foi conduzido pelo método sistêmico, com procedimentos de pesquisa bibliográfica, análise dos PMSs e Relatórios Anuais de Gestão (RAGs), por questionário respondido pelo gestor municipal e por um integrante do Conselho Municipal de Saúde. Entre os principais resultados aponta-se a falta de estabelecimento de diretrizes específicas nos Planos Municipais de Saúde (metas, objetivos gerais e específicos, cronograma de instituição dos programas, controle financeiro), a apresentação de dados confusos e de difícil mensuração nos PMSs, bem como a falta de dados para análise dos Relatórios Anuais de Gestão. Percebeu-se a necessidade de convergência entre os elementos definidos no Plano Municipal de Saúde e na análise desses mesmos elementos nos Relatórios Anuais de Gestão. Ainda faz-se importante destacar a intensa participação popular no Conselho Municipal, assim como de uma atuação incisiva do Conselho em todo o ciclo de gestão da saúde municipal. O direito à saúde é inerente a todos os cidadãos brasileiros, e cabe ao Estado a promoção, prevenção e assegurar a assistência em caso de agravos à saúde da população. É um direito garantido por políticas públicas sociais, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Não obstante, as políticas públicas têm em seu contexto relações de poder, no entanto a decisão sobre a sua instauração ou não depende da articulação e da pressão da sociedade e dos grupos que atuam junto ao governo. Afinal, os recursos públicos são, normalmente, limitados e desigualmente distribuídos.

**Palavras-chave:** Estado. Direito à saúde. Plano Municipal de Saúde. Relatório de gestão.

### MANAGEMENT AND THE MUNICIPAL HEALTH PLAN OF THE MUNICIPALITY OF CAÇADOR, STATE OF SANTA CATARINA

#### ABSTRACT

The article aimed to analyze health management and Municipal Health Plans (PMS), in the municipality of Caçador, located in the Midwest of Santa Catarina. The study was conducted by the systemic method, with bibliographic research procedures, analysis of the PMS and Annual Management Reports (RAGs), by a questionnaire answered by the municipal manager and a member of the Municipal Health Council. The main results, the lack of establishing specific guidelines in the Municipal Health Plans (goals, general and specific objectives, program implementation schedule, financial control), the presentation of confusing and difficult to measure data in the PMS, as well as the lack of data for analysis of the Annual Management Reports. The need for convergence between the elements defined in the Municipal Health Plan and the analysis of these elements in the Annual Management Reports was perceived. Still, the intense popular participation in the Municipal Council is important, as well as an incisive performance of the Council in the entire cycle of municipal health management. The right to health is inherent to all Brazilian citizens, and it is up to the State to promote, prevent and ensure assistance in the event of health problems in the population. It is a right guaranteed by public social policies, following the guidelines of the Unified Health System (SUS). Nevertheless, public policies have power relations in their context. However, the decision on whether or not to implement them depends on the articulation and pressure of society and the groups that work with the government. After all, public resources are usually limited and unevenly distributed.

**Keyword:** State. Right to health. Municipal Health Plan. Management report.

<sup>1</sup> Doutora em Serviço Social pela Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professora do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado (UnC). <http://lattes.cnpq.br/6364748225132713>. <https://orcid.org/0000-0001-7588-9324>. [marialuiza@unc.br](mailto:marialuiza@unc.br)

<sup>2</sup> Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade do Contestado (UnC). Servidor do Ministério Público de Santa Catarina (MPSC). <http://lattes.cnpq.br/3568694289894384>. [haalmeida@mpsc.mp.br](mailto:haalmeida@mpsc.mp.br)

<sup>3</sup> Doutora em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Professora do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado (UnC). <http://lattes.cnpq.br/5425884746681224>. <https://orcid.org/0000-0001-6283-4981>. [daniela@unc.br](mailto:daniela@unc.br)

<sup>4</sup> Doutor em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado (UnC). <http://lattes.cnpq.br/0110263539586001>. <https://orcid.org/0000-0001-9346-0185>. [jairo@unc.br](mailto:jairo@unc.br)

O estudo tem como tema a gestão da saúde e o Plano Municipal de Saúde do município de Caçador, localizado no meio oeste do Estado de Santa Catarina. Buscou-se estudar, analisar e estabelecer comparações entre o planejado e o executado no campo da saúde pública, a partir das intervenções municipais em saúde. Afinal, as referidas intervenções devem ser norteadas pelo planejamento, monitoramento e contínua avaliação do processo.

Nessa perspectiva, o direito à saúde humana é preceito patrimonial, garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), de 1988, preconizado nos artigos 196 e 197, como um direito fundamental e efetivado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). O SUS foi desdobrado pelas leis complementares 8.080 e 8.142, ambas de 1990, bem como um conjunto de medidas que visaram a concretizar os princípios estabelecidos para o SUS, os quais são: a integralidade, a universalidade e a equidade. A execução da política pública de saúde compete ao governo municipal, sob controle social do Conselho Municipal de Saúde. A definição desse controle social está relacionada aos “[...] espaços decisório nos quais diferentes atores repartem o poder de elaboração, execução e supervisão das políticas públicas do país” (SILVA; CANÇADO; SANTOS, 2017, p. 43).

Nessa direção, constitucionalização dos direitos é o primeiro passo para o processo de concretização, não bastante torna-se necessário que a sociedade também assuma a responsabilidade de exigir o direito que lhe cabe. No caso da saúde pública brasileira, foi por meio do controle social (conferências, outra modalidade de participação popular) que foi assegurada a garantia ao direito universal e dever do Estado. Por outro lado, corresponde a uma obrigação do Estado oferecer a saúde pública a todos, conforme preconiza a Constituição Federal. O desafio está na operacionalização e concretização de um dos direitos fundamentais sociais a ser usufruído pela sociedade.

Nesse contexto, Bobbio (2004) argumenta que o problema, no que respeita aos direitos fundamentais, não está na questão jurídica, mas em buscar mecanismos e instrumentos para assegurá-los, pois o maior problema enfrentado atualmente não é buscar fundamentar os direitos e sim encontrar meios de protegê-los e torná-los efetivos.

A efetivação do direito à saúde necessita de políticas públicas efetivas, o que pressupõe um eficaz planejamento das ações públicas por parte das diferentes esferas do Estado. A garantia ao direito à saúde perpassa pela elaboração do Plano Municipal de Saúde, com as ações, diretrizes e metas desenvolvidas pela administração pública, com o objetivo de assegurar o bem-estar da sociedade e o interesse público, assim como pela boa gestão do que foi planejado.

Sob essas referências que nortearam o desenvolvimento deste estudo, bem como da problemática que cerca o objeto da pesquisa, objetivou-se comparar o processo de gestão da saúde orientada pelo Plano Municipal de Saúde do município de Caçador – SC, ao executado e sistematizado nos relatórios obrigatórios para a saúde pública no Estado de Santa Catarina.

O texto apresenta elementos teóricos e conceituais, pelos quais se destacam as concepções de Estado e governo, gestão pública, saúde pública, planejamento e execução da saúde pública por intermédio dos planos municipais e o monitoramento e execução das ações por meio dos relatórios de gestão. Finalizam este estudo as considerações finais.

## ESTADO E GOVERNO

A conceituação do Estado envolve múltiplas definições, vinculadas ao momento histórico da trajetória da humanidade, as concepções teóricas, filosóficas e políticas. No Brasil o Estado vigente, conforme texto constitucional, denomina-se Estado Democrático de Direito, porém as diretrizes dos governos nos anos recentes a partir de meados dos anos 80 vêm sendo orientadas pelos preceitos neoliberais.

Para Meirelles (2004, p. 60),

o conceito de Estado varia segundo o ângulo em que é considerado, podendo ser: do ponto de vista sociológico; sob o aspecto político; sob o prisma constitucional; ou ainda como ente personalizado, na qual o Estado tanto pode atuar no campo do Direito Público como no do Direito Privado, mantendo sempre sua única personalidade de Direito Público, pois a teoria da dupla personalidade do Estado acha-se definitivamente superada.

Uma abordagem adequada à investigação é utilizada por Foucault (1979). A análise de Foucault sobre o Estado é a análise do poder, sua estrutura e hierarquia. O poder estrutura e organiza a sociedade, que é hierarquizada por outros poderes menores. Assim, o poder não está localizado necessariamente em uma instituição, revelando-se o Estado apenas um dos poderes existentes e que opera na sociedade.

No fundo, em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso (FOUCAULT, 1979, p. 179).

A Constituição do Estado compõe-se pela estruturação do poder. Ao longo do processo histórico fundamenta-se a sua organização e operação. O poder permite manter o Estado unificado em hierarquia de poderes representando a sociedade em seus diversos segmentos, compostos pela junção de micropoderes. A estruturação hierarquizada do poder organizada pelo saber e pela ciência organiza os micropoderes e suas demandas. As necessidades e demandas que a sociedade, os micropoderes, reivindicam ao Estado podem provocar um conjunto de disputas de poder, tanto no processo histórico de administração quanto na organização e nos processos de operação. O Estado, para Foucault (1979), tem como sujeito a população, suas necessidades e aspirações, identificada como um interesse geral e composta por aspectos que buscam garantir sua legitimidade.

Ainda nesse diapasão, Foucault (1999) analisa o termo biopolítica, centrada no corpo-espécie com a preocupação de processos biológicos (nascimento, mortalidade, saúde, etc.) e a relação com os problemas econômicos e políticos. Os alvos do controle biopolítico foram as taxas de fecundidade, óbitos, morbidade, entre outros. É a preocu-

pação do Estado com o bem-estar da população e com a segurança social. O biopoder moderno encarrega-se da população para regular seus processos biológicos e não mais dos indivíduos em domá-los pela disciplina.

O biopoder trata do fenômeno da população por meio da economia e da estatística, na forma do Estado controlador e de direção sobre o ser humano, em seus processos de reprodução, natalidade, mortalidade, saúde e doença.. Por isso, a importância dos indicadores, das estatísticas, a transformação do homem em dados para análise e controle do Estado.

Cabe destacar que existe uma diferença na conceituação de governo e de Estado. O governo preocupa-se com a estrutura do poder e as relações entre os diversos órgãos instituídos nas constituições. Meirelles (2004, p. 64) observa que:

Governo – Em sentido formal, é o conjunto de poderes e órgãos constitucionais; em sentido material, é o complexo de funções estatais básicas; em sentido operacional, é a condução política dos negócios públicos. Na verdade, o governo ora se identifica com os poderes e órgãos supremos do Estado, ora se apresenta nas funções originárias desses poderes e órgãos como manifestação da soberania. A constante, porém, do governo, é a sua expressão política de comando, de iniciativa, de fixação de objetivos do Estado e de manutenção da ordem jurídica vigente. O governo atua mediante atos de soberania ou, pelo menos, de autonomia política na condução dos negócios públicos.

Para Foucault (1979), os modelos e formas de governos procuram negociar a disputa de poder, as reivindicações sociais. Assim, o governo é construído sobre o entendimento das questões da população e das ações e recursos utilizados para as demandas. A formação do governo deve ser orientada no tripé: segurança, população e governo constituído. Ocorre que, em cada período histórico, os governos voltam-se para problemáticas específicas.

Governar consiste em como dispor, operar e conduzir os processos de gestão a um fim adequado. Isso pode interferir na qualidade de vida da população, na qual se concentram as ações e as política públicas do Estado (FOUCAULT, 2008).

A população será o objeto que o governo deverá levar em consideração em suas observações, em seu saber, para conseguir governar efetivamente de modo racional e planejado. [...] a passagem de uma arte de governo para uma ciência política, de um regime dominado pela estrutura da soberania para regime dominado pelas técnicas de governo, ocorre no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, em torno do nascimento da economia política (FOUCAULT, 1979, p. 290).

A mudança de concepção política, ideológica ou econômica de governo, atrelada aos interesses de classe, que foram se confirmando ao longo da Idade Moderna e Contemporânea, pode gerar novas formas e técnicas, bem como a relação do Estado com a população, seja pela constituição da população como uma fonte de poder e objeto da disciplina. Para a manutenção da soberania o exercício do poder múltiplo deve ser disciplinado e administrado de forma racional e técnica, o que conduz, inclusive, à própria sobrevivência do Estado. Foucault (1979, p. 292). comenta que “As técnicas de governo se tornaram a questão política fundamental e o espaço real da luta política, a governamentalização do Estado foi o fenômeno que permitiu ao Estado sobreviver”.

Nessa acepção, para a compreensão da atuação do Estado no Brasil pós-CR-FB/1988, bem como do governo, deve-se destacar o Estado de Bem-Estar Social (BRASIL, 1988).

O Estado de Bem-Estar Social (*Welfare*) constitui-se como alternativa ao liberalismo político e econômico, envolvido em programas de cunho social e intervenção financeira. Esse Estado buscou garantir à população direitos de renda mínima, alimentação, saúde, educação, entre outros, a exemplo da apresentação do relatório *Beveridge* (1942), apresentado depois da Segunda Guerra Mundial, na Grã-Bretanha, que buscava oferecer e garantir serviços de saúde idênticos a todos os cidadãos (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

No pós-Segunda Guerra, a grande mudança na forma de regulação social da produção foi dada pela ação do Estado, que, via política econômica e social, denominada Estado de Bem-Estar Social, passou a favorecer a manutenção de um nível de crescimento econômico e desenvolvimento social nos países centrais. Esta conjuntura de fortalecimento do Estado de Bem-Estar Social perdurou desde o final da década de 1940 até o início dos anos 1970 (COSTA, 2006. p. 84).

O *Welfare* foi uma quebra da separação entre a sociedade e o Estado, como ocorria na sociedade liberal. O Estado de Bem-Estar Social rompe com a lógica liberal e defende o desenvolvimento econômico e social com a intervenção estatal no mercado, responsabilizando-se pela proteção social das pessoas por meio da disponibilização de educação, saúde, seguridade social, assim como em investimentos em obras, comprometendo-se com o bem-estar econômico e social da população.

A interpretação sobre a função do Estado na sociedade e a análise de como as instituições políticas funcionam e buscam dar respostas às demandas sociais perpassa pela compreensão do Estado do Bem-Estar Social. Considerando que as demandas da sociedade são convertidas em ações políticas, que são decisões coletivas vinculatórias, as respostas transformam o ambiente social e geram novas demandas em um processo cíclico. Caso as respostas não supram as demandas, interrompe-se o fluxo e pode ocorrer retroação. Ou seja, não consegue dar respostas satisfatórias à sociedade e retroceder econômica e socialmente.

## GESTÃO PÚBLICA

O governo deve expressar a vontade popular, promover ações em prol dos representados que lhe dão legitimidade. As ações devem buscar o bem comum, a resolutividade dos problemas enfrentados pela população (COSTA, 2006). Assim, a atuação governamental deve estar pautada na gestão integrada e no planejamento estratégico para o alcance de melhores resultados das ações públicas.

A gestão pública atua com uma das ferramentas da administração para obter melhores resultados, assim como o planejamento. A gestão deve ser efetiva para constituição e execução das políticas públicas provenientes das demandas sociais.

Paludo (2013, p. 243) comenta:

Entende-se gestão como o ato de gerir a atuação administrativa, que incide mais fortemente sobre a implementação, sobre a execução dos planos e programas. Para a Biblioteca Universal, gestão significa “metodologia que engloba a técnica, a ciência e a aptidão necessária ao bom funcionamento de uma organização empresarial”.

O processo de diferenciação e complementaridade das funções do Estado reflete-se nas competências e objetivos postos na gestão governamental das demandas identificadas em benefício do cidadão. A gestão pública deve estar voltada principalmente ao desenvolvimento socioeconômico e que este considere a inclusão social, a redução das desigualdades sociais e o bem-estar coletivo.

Não obstante, uma importante mudança na gestão pública ocorreu nas últimas décadas, com a evolução dos estudos da administração geral e pública, que colaboraram no desenvolvimento governamental. As mudanças trazidas pela Constituição Federal de 1988, os processos participativos, a estabilidade econômica, a Lei de Responsabilidade Fiscal, o controle e transparência das ações públicas (ou seja, com prestação de contas, controle social e responsabilidade social), assim como a Lei de Acesso à Informação, fortaleceram a gestão pública e possibilitaram o desenvolvimento e a busca por melhores resultados (BRESSER-PEREIRA, 2011; PALUDO, 2013).

Assim, constata-se que os espaços participativos assegurados pela CRFB de 1988 (BRASIL, 1988), como o plebiscito, referendo, iniciativa popular, audiências públicas, os conselhos, comitês, orçamentos participativos, entre outros, contribuíram sobremaneira nos processos de estruturação e sistematização dos conselhos de políticas públicas e as experiências na área da saúde. Por essa razão proporcionou, na teoria, a quebra de paradigmas nos processos de integração das ações. Na prática, no entanto, ainda requer ações mais efetivas para ampliar a participação popular na gestão cooperada.

Nesse sentido, o processo de descentralização da gestão das políticas públicas reforçou a atuação dos Conselhos de Políticas Públicas como espaço de participação da sociedade, da discussão dos interesses coletivos e na definição de uma agenda pública coletiva. Os Conselhos exercem e contribuem nos processos de participação política, bem como no controle público das ações governamentais. “Essa forma de participação permite à sociedade tornar-se membro efetivo na agenda de políticas públicas em um espaço híbrido, posto que os Conselhos são formados a partir da interação da população com os representantes do Estado” (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016, p. 210).

Os Conselhos de Saúde são órgãos integrantes da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), com atribuições definidas pela Lei 8.142/1990, para formular, deliberar e fiscalizar as políticas de saúde, nas esferas federal, estadual ou municipal. A gestão do SUS ocorre de forma participativa com a comunidade por meio da realização das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

Com a participação social, o Plano Municipal de Saúde será o norteador das ações municipais no período dos quatro anos de governo, assim como dará sequência às ações da legislatura anterior, em um processo de continuidade. O planejamento deverá englobar as atividades, os recursos (humanos, financeiros, etc...), a definição das áreas geográficas para instituição do Programa, os responsáveis pela execução e gestão, assim como o controle das ações. A definição da área geográfica deverá priorizar as famílias mais expostas aos riscos de doenças (BRASIL, 2010).

Os Planos Municipais de Saúde deverão estar de acordo com o Plano Nacional de Saúde e os pactos de saúde<sup>5</sup> publicados pelo Ministério da Saúde, que constitui um conjunto de compromissos e objetivos de processos e resultados derivados da análise da saúde do país (BRASIL, 2010).

O planejamento de ações na área da saúde humana nos Planos Municipais de Saúde implicam a análise de quais ações serão priorizadas. No referencial da promoção da saúde há a necessidade do envolvimento comunitário com uma abordagem ampla, objetivando uma política de promoção e prevenção pelos órgãos responsáveis pela saúde da população, assim como a participação de diferentes sujeitos e inter-relação entre os entes federados.

As políticas públicas de saúde no município precisam e devem ser acompanhadas e avaliadas. A construção de indicadores de desempenho permite identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema, ou resultado de uma intervenção na realidade. O principal objetivo de um indicador é traduzir, mensurar determinado aspecto da situação social de maneira a operacionalizar a sua observação e avaliação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009). Os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão Anuais são instrumentos importantes do município para o diagnóstico da gestão das políticas públicas de saúde aplicadas.

O SUS constitui um sistema integrado de gestão na qual a formulação das políticas nacionais de saúde, coordenação, controle e avaliação são prerrogativas da União, com os Estados e municípios ficando como responsáveis pela execução dos projetos (KLERING, PORSSÉ; GUADAGNIN, 2010). O SUS aponta para a democratização nos serviços de saúde, que deixaram de ser restritos e passaram a ser universais. Da mesma forma, passou a ser norteador pela descentralização, com os Estados e municípios, os quais assumem suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS e desenvolvem ações que priorizam a prevenção e a promoção da saúde. Logo, o principal responsável pela saúde passou a ser o município, atuando no bloco relativo à atenção primária, com a gestão e operação municipal repercutindo no desenvolvimento local e regional.

O direito à saúde é inerente a todo cidadão brasileiro perante a CRFB/1988, cabendo ao Estado a responsabilidade por promovê-la, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de agravo à saúde. Considerando a importância das políticas públicas da saúde para o bem-estar da população e no desenvolvimento dos municípios de uma determinada região, cabe à administração pública estadual e municipal o dever de formular e estabelecer políticas públicas que concentrem atos voltados à efetividade do direito à saúde de todos.

<sup>5</sup> – Pacto pela Saúde – Portaria 204, de 29 de janeiro de 2007 (Regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde).

– Pacto pela Saúde – Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006 (Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS).

– Pacto pela Saúde – Portaria 3.085, de 1º de dezembro de 2006 (Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS).

– Pacto pela Saúde – Portaria 204, de 29 de janeiro de 2007 (Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão).

– Pacto pela Saúde – Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Divulga o Pacto pela Saúde).

## METODOLOGIA

A perspectiva de coleta e análise dos dados foi orientada pelos preceitos do planejamento, das intervenções municipais em saúde, do monitoramento e avaliação continuada.

O estudo foi conduzido, entre os anos de 2014 e 2016, pelo fundamento positivista e método sistêmico e das concepções funcionalistas da sociedade, esta entendida como fenômeno organizacional, sistema de partes concatenadas, capazes de recobrar o equilíbrio da persistência histórica (BUCKLEY, 1971).

As técnicas de pesquisa utilizadas foram a de revisão bibliográfica, de coleta e análise de dados secundários e de pesquisa de campo. De acordo com Gil (2012), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente por artigos científicos e por livros. Desse modo, foi realizada uma revisão bibliográfica em artigos científicos, livros, entre outros materiais publicados sobre os temas políticas públicas de saúde e gestão de Planos Municipais de Saúde. Na etapa de coleta e análise dos dados secundários foram acessados os dados extraídos do Plano Municipal de Saúde (PMS) de duas vigências: 2010/2013 e 2014/2017, e dos relatórios de gestão referentes aos anos de 2012, 2013 e 2014.

Para verificar informações não presentes em outras fontes, respondeu a um questionário o secretário municipal de Saúde (22 questões), acerca de temas tais como Estado e governo, gestão e planejamento, rede de saúde e atenção primária, e um conselheiro municipal de saúde (8 questões), sobre gestão e planejamento e rede de saúde.

Os dados obtidos desses documentos foram sistematizados quantitativamente e organizados em quadros, gráficos e tabelas, e em seguida analisados pelo método analítico, que, segundo Gerhardt e Silveira (2009), objetiva organizar os dados para responder às questões do estudo.

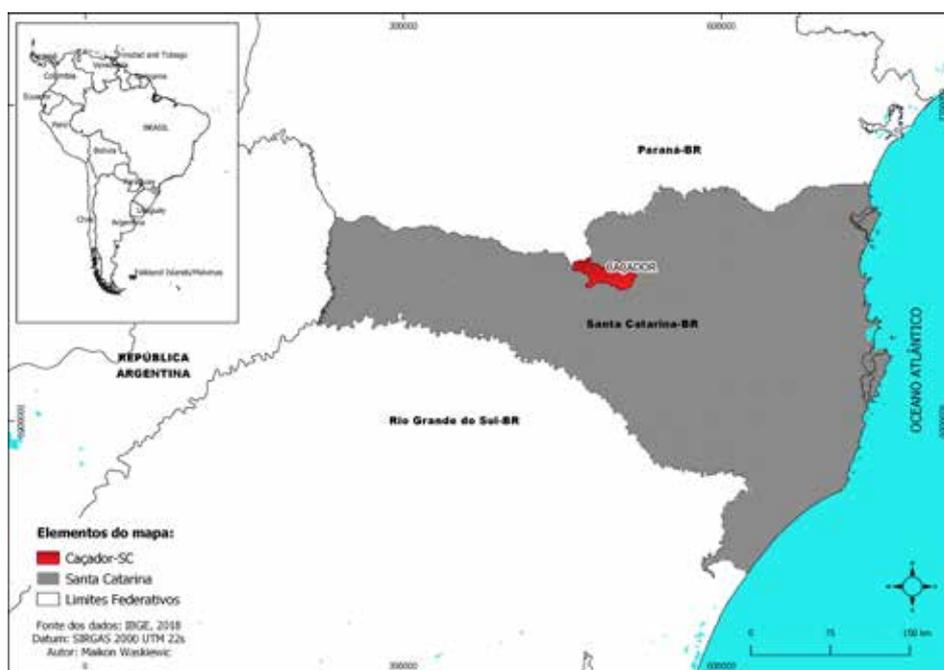
A pesquisa foi submetida à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Contestado (UnC) e aprovada sob parecer nº 1.620.923.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Características do Município de Caçador, SC

O município catarinense de Caçador limita-se com os municípios de Calmon, Lebon Régis, Rio das Antas, Arroio Trinta, Macieira, Água Doce e com o Estado do Paraná (Figura 1). No último censo, no ano de 2010, apresentava uma população de 70.762 mil habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,735 (IBGE, 2017). A extração e a industrialização da madeira e do reflorestamento, assim como a agricultura, com destaque para os hortifrutigranjeiros, são suas principais atividades econômicas. O município teve uma taxa média de crescimento anual de 1,12% da população entre os anos de 2000 e 2010, com uma taxa de urbanização de 42% (IBGE, 2017).

Figura 1 – Localização geográfica do município de Caçador-SC



Fonte: WASKIEWIC, 2020.

A rede física de saúde pública e privada, prestadora de serviço ao SUS no município de Caçador, é principalmente de origem municipal (91,67%, n=33/36) e sua composição está apresentada a seguir, no Quadro 1.

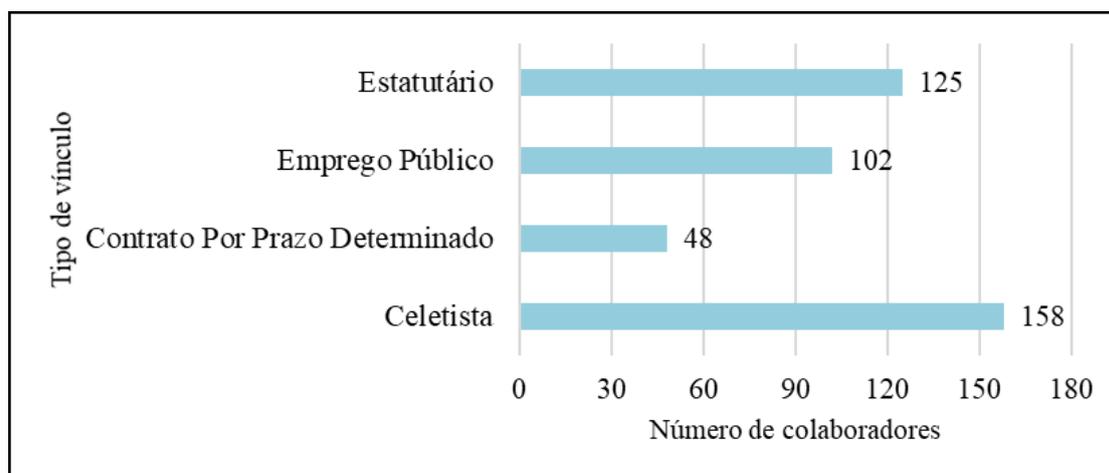
Quadro 1 – Rede física de saúde pública e privada, prestadora de serviço ao SUS, no município de Caçador-SC

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Centro de Atenção Psicossocial	2	2	0	0
Centro de saúde/ Unidade básica	2	2	0	0
Clínica/Centro de Especialidade	11	11	0	0
Consultório isolado	3	3	0	0
Hospital Geral	1	0	0	1
Policlínica	1	1	0	0
Posto de Saúde	11	11	0	0
Pronto Atendimento	1	1	0	0
Secretaria de Saúde	2	1	1	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	1	0	1	0
Unidade móvel terrestre	1	1	0	0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fonte: CAÇADOR, 2013a.

No ano de 2010 o município de Caçador aderiu ao Pacto de Gestão, com relação à capacidade instalada SUS, assumindo os compromissos de se adequar às inúmeras pendências que o desabilitavam para a gestão plena. O município não assumiu os serviços de média e alta complexidade por não existir oferta do SUS no município e/ou região, permanecendo o previsto na Programação Pactuada e Integrada (PPI) ambulatorial. Na Gestão Hospitalar, o Hospital Maicé encontra-se sob gestão estadual, contratualizado com a Secretaria Estadual de Saúde.

Gráfico 1 – Vínculo empregatício dos profissionais atuantes na área de saúde no município de Caçador, SC, conforme relatório de Gestão Municipal do ano de 2013



Fonte: CAÇADOR, 2013b.

## PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E RELATÓRIOS DE GESTÃO ANUAIS

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento que identifica os problemas e orienta as prioridades, institui as ações e traduz os resultados que deverão ser atingidos no período de quatro anos sob a forma de objetivos, diretrizes e metas. É o instrumento básico que norteia as ações e serviços de saúde prestados e a própria gestão municipal do SUS. Deve seguir a regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS e das orientações pactuadas. A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos: a análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas.

O Plano, para ter uma gestão estratégica, deve ser formado por quatro momentos: o diagnóstico (é a realidade em que se pretende atuar); a formulação (a situação futura desejada); a estratégia (a viabilidade do projeto formulado e conceber a forma de executá-lo) e a operação (fazer, agir sobre a realidade) (DAGNINO, 2009).

O Relatório Anual de Gestão de Saúde é um instrumento de controle e avaliação da gestão municipal de saúde. É realizado no período de um ano. Ele apresenta os resultados alcançados, orienta eventuais redirecionamentos necessários e indica os ajustes no Plano de Saúde. No ciclo de gestão que engloba o planejamento, a execução, o controle e a avaliação, o Relatório é um recurso fundamental para demonstrar os resultados na saúde municipal, principalmente na atenção primária. Enquanto o Plano Municipal institui objetivos, determina as metas, os indicadores e o período para a execução, o Relatório demonstra o que foi executado, colaborando com o controle e avaliação, verificando em cada objetivo a meta e o cronograma do que foi planejado. O Plano e o Relatório relacionam-se diretamente com o exercício da gestão (BRASIL, 2009).

RAG estabelece uma correlação entre as metas, os resultados obtidos e os recursos utilizados, que serão sistematizados e divulgados, fornecendo subsídios para a tomada de decisão e contribuindo para a visibilidade da gestão. Representa também uma demonstração do que se alcançou em relação ao que está explicitado no PS, além de ser um instrumento que viabiliza o controle social (BRASIL, 2009, p. 199).

Pela análise situacional do Plano Municipal de Saúde 2010/2014 de Caçador, identificaram-se os problemas no município para a orientação das prioridades. No compromisso de gestão os problemas prioritários foram organizados em áreas técnicas, o que contraria as recomendações do Sistema de Planejamento do SUS, que aconselha a definição dos objetivos, diretrizes e metas nos três eixos anteriormente expostos, o que colaborou na dificuldade de acompanhamento das ações e seu registro no Relatório Anual de Gestão.

Diante desse contexto, no Plano Municipal de Saúde de 2010/2014 foram definidas diretrizes de regionalização, planejamento e gestão de pessoas e os problemas foram priorizados.

### Quadro 2 – Problemas priorizados na regionalização, planejamento e gestão de recursos humanos

Problema priorizado
** O município, por dificuldades de estrutura (física e humana), e por processo de trabalho inadequado, apresentou dificuldades em aderir à política do pacto de gestão em 2009
** Baixa capacidade instalada SUS no município e região
** Referências estabelecidas na PPI não executam o teto físico-financeiro, resultando em demanda reprimida para média e alta complexidade
** Ingerência do Fundo Municipal de Saúde
** 90% da população usuária/dependente do SUS
** Serviços ociosos e outros estrangulados
** Perfil inadequado dos Recursos Humanos
** Baixa governabilidade do setor saúde
** Ausência de PCCS/SUS
** Insatisfação da população
** Cultura popular no processo saúde-doença centrado na figura do médico
** Alta taxa de vulnerabilidade social

Fonte: CAÇADOR, 2009, p. 165.

Para o enfrentamento desses problemas, o mesmo Plano definiu ações estratégicas.

### Quadro 3 – Objetivos Estratégicos do Plano Municipal de Saúde 2010/2014 do município de Caçador

Objetivo Estratégico	Meta	Indicador	Período de execução
Regularizar a Gestão do Fundo	100%	Fundo regularizado	2010
Implantar Reforma Administrativa na área da saúde	100%	Reforma implantada	2010
Implantar PCCS/SUS	100%	PCCS/SUS implantado	2010-13
Implantar setor/serviço de planejamento, regulação e auditoria	100%	Setor/serviços implantados	2010-11
Aderir ao Pacto de Gestão	90%	Termo de adesão (não assumir hospitais)	2010-13
Implantar as Regiões de Saúde	100%	Regiões Implantadas	2010-13
Aderir ao consórcio público intermunicipal da Amarp	100%	Termo de Adesão	2010-13
Realizar convênios pela 10ª SDR. MS e Emendas Parlamentares	30	Convênios Assinados	2010-14
Implantar a PNH nas unidades de saúde	50% das unidades/ano		2010-11

Implantar o AMQ e o PRGRAB na Atenção Primária	100% das UBS	Taxa UBS com instrumentos implantados	2010-13
Implantar planejamento participativo	50%	PPE implantado	2011-13
Fortalecer o Controle Social	100%	Controle Social fortalecido	2010-13
Realizar um Fórum Municipal de Saúde a cada 6 (seis) meses	8 fóruns	Fóruns realizados	2010
Realizar Conferência Municipal de Saúde	Uma	Conferência realizada	2013
Oportunizar viagens de capacitações fora do município para os conselheiros municipais de saúde	100%	Viagens oportunizadas	2010-13
Realizar cursos na área da saúde	100%	Cursos realizados	2010-13
Desenvolver Boletim Informativo bimestral	Bimestral	Boletins desenvolvidos	2010-13
Divulgar as deliberações do CMS junto a imprensa local	100%	Informações divulgadas	2010-13
Estimular a implantação de Conselhos Locais de Saúde	50% dos	Conselhos locais implantados	2010-13
Realizar Fórum Local de Conselhos Municipais (anual)	Um Ano	Fóruns realizados	2010-13

Fonte: CAÇADOR, 2009.

Já o Relatório de Gestão do ano de 2010 apresentou os seguintes dados:

#### Quadro 4 – Ações anuais do Relatório de Gestão do ano de 2010 do município de Caçador

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações Específicas
	Prevista	Realizada	Previsto	Executado	
<b>Controle e Avaliação</b>					
Contribuir para o PCCS da Saúde, de modo a identificar cargos para o setor	100% de contribuição	2010-100%			Integramos a comissão designada pelo prefeito para tal
Fortalecer o processo de gestão dos serviços do SUS, através da implantação efetiva do setor de Controle e Avaliação na Secretaria Municipal de Saúde	Efetivar 80% a implantação do setor de controle e avaliação	2010-80%	R\$ 30.000,00/mês		Criação do setor de controle Avaliação e Auditoria
<b>Saúde Bucal</b>					
Articular com a Secretaria de Administração o PCCS, bem como concurso público x emprego público para adequar o quadro às necessidades de saúde	100%	2010 - Não realizada			Está em andamento pela área técnica
<b>Hipertensos e Diabetes</b>					
Aderir ao programa de Humanização do MS	80% das ações humanizadas	2010-80%			
<b>Estratégia Saúde da Família</b>					
Articular com a administração a implementação da reforma administrativa, adequando o quadro da atenção primária	95%				Projeto encontra-se na Câmara Municipal de Vereadores

Articular com a administração a organização do fundo municipal	100%	100%			
Aderir à Avaliação e Qualidade na Atenção Primária em Saúde e à Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica	100%	2010- 0%			Projeto em andamento
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>					
Fórum Municipal Saúde	2	2010-1	R\$ 2.000,00	R\$ 171,00	
Viagens para capacitações	100%	2010-1	R\$ 1.920,00	R\$ 280,00	Plenária Estadual Concórdia
Cursos na área da saúde	100%	2010-0	R\$ 1.500,00		
Boletim Informativo	Bimestral	2010	R\$ 3.240,00		Cartilhas informativas
Divulgar deliberação do Conselho Municipal de Saúde	100%	2010-100%			
Estimular implantação de CLS	50%	2010-0			

Fonte: CAÇADOR, 2010.

Analisando o que foi planejado no Plano Municipal e o que foi realizado conforme Relatório Anual, percebe-se uma diferença entre objetivos e metas propostas. Destaca-se a falta de padronização dos termos e o deslocamento dos objetivos em diversas áreas de atuação (Controle e Avaliação, Saúde Bucal, Hipertensos, Diabetes, Estratégia Saúde da Família e Conselho Municipal de Saúde), o que torna a análise e entendimentos mais difíceis.

A construção de indicadores de desempenho permite identificar e medir aspectos da saúde municipal, sendo seu principal objetivo traduzir e mensurar aspectos da situação social de maneira a operacionalizar a sua observação e avaliação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009). Assim sendo, a falta de indicadores e de dados compromete o ciclo de gestão das ações de saúde.

A atenção primária integra um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (BRASIL, 2011a).

O Relatório de Gestão de 2010 reflete um primeiro problema da execução ao planejar um objetivo e não alcançá-lo, identificados no item proposto para a saúde bucal, e alguns dos itens propostos para a Estratégia Saúde da Família e para o Conselho Municipal de Saúde, descritos no Quadro 4. Nesse sentido, o próprio controle e avaliação encontram-se prejudicados pelo fato de não constar informações importantes das metas e orçamentos. A administração pública tem a obrigatoriedade de só realizar os gastos constantes no Orçamento Público anual, orientando-se pelo Plano Plurianual. Logo, os valores devem constar no Relatório para o preciso controle e avaliação para verificar o que foi realizado e o gasto despendido.

Quadro 5 – Ações anuais dos Relatórios de Gestão dos anos de 2011, 2012 e 2013 do município de Caçador

Ações anuais	Meta	
	Prevista	Realizada
<b>Controle e Avaliação</b>		
Acompanhar o PCCS da Saúde, atualizando as necessidades do setor	2011-100% 2012-100% 2013-100%	2011-0% 2012-0% 2013-100%
Implantar estratégias e rotinas a serem incorporadas pelo serviço de Controle e Avaliação - Atenção Básica	2011-30% 2012-100% 2013-100%	2011-100% 2012-0% 2013-70%
# Monitorar e avaliar as metas e indicadores. Programação Pactuada e Integrada e Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar	2011-100% 2012- Não consta 2013- Não consta	2011-100% 2012- Não consta 2013- Não consta
# Monitorar os sistemas de informações SIA/SIAB	2011-90% 2012- Não consta 2013- Não consta	2011-100% 2012- Não consta 2013- Não consta
# Monitorar Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	2011-90% 2012- Não consta 2013- Não consta	2011-100% 2012- Não consta 2013- Não consta
Criar mecanismos de referência e contrarreferência entre as unidades e níveis de saúde	2011-90% 2012-100% 2013-100%	2011-50% 2012-50% 2013-100%
# Monitorar o cumprimento das metas expressas no Plano Municipal de Saúde	2011-100% 2012- Não consta 2013- Não consta	2011-0% 2012- Não consta 2013- Não consta
# Fortalecer o processo de gestão dos serviços do SUS, através da implantação efetiva do setor de Controle e Avaliação na Secretaria Municipal de Saúde	2011- Não consta 2012- 100% 2013- Não consta	2011- Não consta 2012-0% 2013- Não consta
<b>Estratégia Saúde da Família</b>		
# Articular com a administração a implementação da reforma administrativa, adequando o quadro da atenção primária	2011- Não consta 2012- Não consta 2013- Não consta	2011- Não consta 2012- Não consta 2013- Não consta
# Aderir à Avaliação e Qualidade na Atenção Primária em Saúde e à Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica	2011- 100% 2012- Não consta 2013- Não consta	2011- 0% 2012- Não consta 2013- Não consta
<b>Saúde Bucal</b>		
#Articular com a Secretaria de Administração o Plano de Cargos e Salários, bem como concurso público x emprego público para adequar o quadro às necessidades de saúde	2011- Não consta 2012- Não consta 2013- Não consta	2011- Não consta 2012- Não consta 2013- Não consta
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>		
Fórum Municipal Saúde	2011- 2 2012-100% 2013-100%	2011-50% 2012-0% 2013-100%
Viagens para capacitação	2011- 2 2012-100% 2013-100%	2011-100% 2012-50% 2013-100%
# Boletim informativo	2011-100% 2012-100% 2013- Não consta	2011-0% 2012-0% 2013- Não consta
# Estimular implantação de Conselhos Locais de Saúde	2011- Não consta 2012- Não consta 2013- Não consta	2011- Não consta 2012- Não consta 2013- Não consta

Legenda: # ações propostas em 2010 e sem proposição de continuidade

Fonte: CAÇADOR, 2010, 2011, 2012, 2013b.

Ato contínuo, ao analisar os Relatórios de Gestão de Saúde dos anos de 2011, 2012 e 2013 (Quadro 5), percebeu-se a mesma problemática da falta de padronização e da não realização das metas planejadas, indicativo de falha no ciclo de gestão. Da mesma forma, destaca-se a falta de continuidade de projetos planejados e constantes no ano de 2010, perceptível nos itens destacados (#) no Quadro 5.

Nesse sentido, a falta de monitoramento do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é um fator crítico, pois o sistema foi instituído visando a disponibilizar informações atualizadas das condições de infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares dos estabelecimentos de saúde, integrando as esferas federal, estadual e municipal. O SCNES é uma ferramenta para a execução da gestão eficaz e eficiente, que proporciona ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, além de auxiliar no planejamento em saúde em todas as esferas administrativas do governo.

As dificuldades apresentadas no ciclo de gestão podem ser decorrentes do Setor de Controle e Avaliação, que não existia e foi criado durante a execução do Plano Municipal de Saúde 2010/2014, sendo corriqueiro divergências ocorrerem durante a instituição.

A administração pública brasileira apresenta dificuldades na efetivação de reformas administrativas, seja a burocrática ou a gerencial, entre outras. O município de Caçador não é diferente, a adoção de reformas exige mudanças culturais impregnadas no Estado brasileiro, que, segundo Faoro (2001), são decorrentes da influência do modelo patrimonialista.

Cabe destacar que o controle social também é realizado pelo Conselho Municipal de Saúde, o qual deve participar ativamente de todo o ciclo de gestão, com destaque para o controle social. Além do Conselho, todo cidadão é ou pode ser responsável pelo monitoramento da saúde, pela própria concepção de democracia.

Nesse contexto, os determinantes e condicionantes da gestão municipal da saúde, na definição dos objetivos estratégicos, na forma de controle e nos resultados alcançados para a avaliação, são determinantes para a efetivação do direito à saúde. Nesse sentido, destacam-se os seguintes objetivos estratégicos constantes no Plano 2010/2014 para a Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários (CAÇADOR, 2009, p. 143-144):

**Quadro 6 – Objetivos Estratégicos do Plano Municipal de Saúde 2010/2014 do município de Caçador**

Objetivo Estratégico	Meta	Indicador	Período de Execução
Articular com a Administração a implementação da reforma administrativa, adequando o quadro da atenção primária	95%	Reforma administrativa implantada	2010-12
Desprecarizar o vínculo	10%	nº profissionais de AP/ nº de profissionais concursados 100	2010
Articular junto as demais áreas para a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS.)	100%	Áreas técnicas mobilizadas	2010
Implantar as regiões de saúde, favorecendo o planejamento; e construção de UBS de referência	100%	Redes implantadas	2010-12

Ampliar e reformar as UBS Rancho Fundo, Castelhana, Martello, garantindo a cobertura prevista	500m <sup>2</sup>	UBS reformadas e ampliadas	2010-11
Ampliar a cobertura na Estratégia Saúde da Família	Uma equipe ano	[nº equipes existente/nº equipes final do período] x 100	2010-13
Implantar Nasf II para atuarem na atenção básica, buscando a integralidade da atenção	2 NASF anos	[nº de Nasf implantado/total Nasf] x 100	2010-13
Manutenção das UBS (custeio e investimento garantindo a efetivação das ações)	100%	Manutenção	2010-13
Informatizar os prontuários	100%	Prontuários informatizados	2010
Construir um organograma, fluxograma e funcionograma da Atenção Primária	95%	Documentos construídos	2010
Publicizar a organização setorial e funcional da saúde através de banner e exposto aos usuários	100%	Organização publicizada	2010
Adotar os Protocolos, Normas e Rotinas do MS, adequando-os no que couber	100%	Protocolos adotados	2010
Articular com a Administração a organização do fundo municipal	100%	Fundo organizado	2010
Sistematizar o monitoramento dos marcadores da Atenção Primária.	100%	Monitoramento sistematizado	2010
Analisar e monitorar as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs)	50%	Taxa de internação por DANTs	2010-13
Reduzir a mortalidade infantil	1% ano	Óbitos absolutos	2010-13
Aderir ao AMQ e ao Prograb			

Fonte: CAÇADOR, 2009.

Inicialmente, ao definir as ações no campo do planejamento, deve-se esclarecer os objetivos, que serão acompanhados pela meta, indicador e o período. Assim, no objetivo “Aderir ao AMQ e ao Prograb” (Quadro 6), o Plano Municipal apresenta um equívoco ao não colocar a meta, o indicador e, principalmente, o período de execução, que são os prazos para posterior controle e avaliação. Não obstante, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), proposta pelo Ministério da Saúde, é um instrumento importante para a evolução da gestão e avaliação em um processo crítico-reflexivo desenvolvido em corresponsabilidade pelos atores da ação, para subsidiar a tomada de decisão dos gestores municipais e aumentar a qualidade em saúde, atribuição que também é do controle social.

No mesmo sentido, o Programa para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb) é um *software* para a programação das ações das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, que tem como eixo estruturante a integralidade da atenção. Propõe ações nas áreas programáticas, na demanda espontânea, nas atividades de promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e recuperação, nas ações intersectoriais e interinstitucionais, todos do cotidiano das equipes da Atenção Primária, fundamental instrumento para os Pactos da Atenção Básica (CORDOBA, 2013).

Conforme o relatório de gestão, várias das metas apresentadas no Plano Anual não foram cumpridas, inclusive o fortalecimento do Controle Social, o qual passa pela consolidação do Conselho Municipal de Saúde, tanto na qualificação dos conselheiros

pela realização de capacitação, formação continuada dos profissionais para o aprimoramento, como no desenvolvimento de informações, como o Boletim Bimestral. Inclusive, o próprio Conselho apresentou um parecer apontando as dificuldades:

[...] comissão encontrou dificuldades para realizar a análise dos indicadores, pois muitos indicadores ainda não estão disponíveis no sistema, e os que estão disponíveis não foram importados corretamente, não coincidindo com o resultado oficial. Segue em anexo este parecer com assinatura dos membros da comissão (CAÇADOR, 2011, p. 22).

Os governos procuram negociar as reivindicações sociais e a disputa de poder que essa acarreta, por isso a importância do fortalecimento do Controle Social e de seus respectivos Conselhos. O governo é construído sob o entendimento das questões da população e das ações e recursos utilizados para as demandas (FOUCAULT, 1979). Os Planos Municipais de Saúde devem ir ao encontro das reivindicações sociais, isso no contexto do Estado do Bem-Estar Social. O fortalecimento das intervenções assistenciais pelo Estado ocorre em virtude das demandas sociais, mas deve-se observar a boa gestão, tendo em vista que os recursos são limitados, sob o risco de esgotamento do modelo e da própria concepção da atribuição do Estado.

O Plano Municipal de Saúde de 2014/2017 descreve essa característica da subdivisão e de subsetores, que dificultam o processo da elaboração dos instrumentos de gestão e do monitoramento das ações planejadas, pois o PMS deve ser uma construção coletiva. Inclusive a fragmentação dificulta a própria função do Estado em prestar adequadamente os serviços demandados pela sociedade. Adequar a gestão pública é também fortalecer a concepção de um Estado efetivo e a da própria democracia (CAÇADOR, 2013a).

O principal propósito das políticas públicas é o interesse público, o que as torna uma estratégia de governabilidade do administrador público, que são delineadas em decorrência da evolução da conjuntura política, social e econômica, adquirindo as características históricas do momento, sendo formuladas e instituídas de maneira própria.

Tributo arrecadado é um recurso que o Estado tem para fazer frente às necessidades públicas estabelecidas pelo ordenamento jurídico. O Estado arrecada para satisfazer às necessidades públicas, entre as quais a efetivação dos direitos fundamentais (SCAFF, 2007).

A área social necessita de investimentos para a efetividade das ações governamentais na melhoria das condições sociais. Assim, é preciso criar meios materiais que viabilizem a efetividade das ações para a administração pública ser eficiente (COSTA, 2006).

O Decreto n.º 5.378 de 2005 institui a GesPública, voltada para a gestão pública de excelência, melhoria dos serviços prestados e assegurar a eficiência, eficácia e efetividade (3Es) da ação governamental, nos níveis federal, estadual e municipais. Destacam Sano e Montenegro Filho (2013, p. 41) que, para se aumentar essa melhoria, há que se conduzir uma “[...] avaliação sistemática, contínua e eficaz [...] fornecendo aos formuladores e gestores de políticas públicas condições para aumentar a eficiência e efetividade dos recursos aplicados”.

O objetivo dos processos e procedimentos administrativos no contexto da gestão pública é o bem-estar da população. Os processos gerenciais visam à efetividade e à qualidade dos serviços públicos. A gestão pública, portanto, deve-se tornar “[...] provedora de serviços, orientada para o alcance de resultados de desenvolvimento, sendo

o seu garantidor, além de comentar que nas últimas décadas o Estado vem desempenhando um papel-chave na criação de condições para o bem-estar social” (SANO; MONTENEGRO FILHO, 2013, p. 50).

Quanto à estrutura da rede intermunicipal, o município de Caçador, no Plano Municipal de Saúde 2010/2014, propôs aderir ao Consórcio Público Intermunicipal da Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe (Amarp), por meio de termo de adesão (CAÇADOR, 2009).

O Plano Municipal de 2014/2017 apresentou as linhas de cuidado da rede de atenção à saúde de média complexidade, composto por um Centro de Especialidade contendo: Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição, Psicologia, Pediatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Neurologia, Neurocirurgia, Clínica Básica e procedimentos em Ginecologia. No mesmo Plano foram apontados problemas na infraestrutura e instalação física do referido Centro (CAÇADOR, 2013a).

A Rede Psicossocial do município é composta pelo Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), que inclui a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, Unidades de Acolhimento, entre outros.

A rede de Serviços Públicos de Saúde Mental de Caçador compreende cinco áreas principais por prioridade de atendimento:

- 1 – Saúde Mental na Atenção Primária: serviços de atendimento em Saúde Mental, desenvolvido pela equipe do ESF. A Rede de Atenção Básica, onde atuam principalmente as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- 2 – CAPS II E CAPSad: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS II e o CAPSad atendem aos municípios que pertenciam a 10ª Agência de Desenvolvimento Regional de Caçador, composta pelos municípios de Rio das Antas, Macieira, Calmon, Matos Costa, Timbó Grande, Lebon Régis e Caçador.
- 3 – Hospitalar: hospital geral de referência à psiquiatria, como: Hospital de Santa Cecília, Hospital de Ponte Serrada, Hospital de Bocaina do Sul, Hospital de Curitibaanos. Referências a urgências e emergências: Pronto Atendimento e Hospital Maicé, Unidade Móvel Samu e Bombeiros Voluntários do município de Caçador.
- 4 – Unidade de Acolhimento: institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Conforme Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012:

Art. 1º da portaria nº 121- Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Art. 2º Para efeito desta Portaria, a Unidade de Acolhimento referida no art. 1º é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características:

I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana e

II - caráter residencial transitório.

O acolhimento é por período de 6 a 9 meses, para casos específicos, quando todas as alternativas foram esgotadas. Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

5 – Comunidade Terapêutica: o município de Caçador já possui um estabelecimento conveniado para estes procedimentos, que é a Comunidade Terapêutica Henning, além de outros. Quando necessário, possui contratos com as Clínicas São Francisco, em Videira; Cerene, em Blumenau; Clínica Reviver, em Ibicaré e Clínica Crença, em Lages.

Na época da elaboração do PMS de 2014/2017, o município possuía treze UBSs, uma Policlínica de Especialidades, uma Unidade Materno-Infantil, uma unidade de CAPS AD e CAPS 2, um Hospital Geral Porte I (referência para Alta Complexidade em Neurocirurgia), uma unidade Avançada do Samu<sup>7</sup> e um Pronto Atendimento Municipal, que funciona anexo ao Antigo Hospital Jonas Ramos (CAÇADOR, 2013a).

O PMS de 2014/2017 informou, também, que a gestão municipal aderiu à Política Nacional de Urgência e Emergência em 2011. Assinado convênio para construção de uma Unidade de Pronto Atendimento tipo I – UPA 24H, que prevê recursos federais para construção da área física e também para equipar a unidade, sem contrapartida municipal. O município aderiu à Política Estadual do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência – Samu – Unidade Básica mantida pelo município com relação a recursos humanos e o próprio custeio da unidade (CAÇADOR, 2013a).

Não obstante, o PMS de 2014/2017 informou que o município está regularizando a Rede de Urgência e Emergência, com a adesão na composição da RUE Meio Oeste, aprovada na Comissão Intergestora Bipartite, deliberação nº 230/2013, com projeto de instituição aprovado pelo Ministério da Saúde. O Hospital Maicé aderiu como porta de entrada para a rede e referência para Neurocirurgia, garantindo um incentivo financeiro para custeio, revisão nas diárias de UTI e recursos para construção e adequação da estrutura física exigida para o credenciamento dos serviços.

As redes de urgência e emergência são integradas por hospital, UBS, unidades de atenção intermediária, centro de enfermagem, atenção domiciliar, ambulatório especializado, sistema de logística e sistema de apoio operacional.

O Hospital Maicé é um hospital filantrópico, localizado no município de Caçador e possui um contrato com a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina como prestador de serviços para os municípios da 10ª ADR e seus municípios adstritos, que inclui os municípios integrantes da Comarca de Caçador, e como referência para Alta Complexidade em Neurocirurgia para os municípios do Alto Vale do Rio do Peixe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é inerente a todos os cidadãos brasileiros, cabendo ao Estado, em uma perspectiva democrática, de direito e de dever, a promoção e prevenção em saúde, e assegurar a assistência em caso de agravo à saúde da população. Esse direito é garantido pela CF/88 e pela criação do SUS, efetivado mediante políticas públicas so-

<sup>7</sup> Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), Bombeiros e Centrais de Regulação Médica das Urgências: objetiva chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

ciais. As políticas públicas para a melhoria na qualidade de vida e saúde do indivíduo devem estar em consonância com as demandas da população, seguindo as diretrizes do SUS.

As políticas públicas têm em seu íntimo a relação de poder, a decisão sobre a sua efetivação depende dos grupos de pressão que atuam, além de considerar que os recursos são limitados e desigualmente distribuídos (FOUCAULT, 1979). Logo, a saúde depende de como os interesses e conflitos se relacionam na estrutura de poder e na negociação permanente na sociedade. Por isso, a necessidade do fortalecimento de processos participativos e democráticos.

Os diferentes interesses da sociedade tornam imprescindível a criação de espaço para a construção de consensos voltados para o interesse coletivo. O embate político coloca a relação entre Estado e sociedade civil numa dinâmica de pluralidade democrática (COSTA, 2006).

Sendo o cidadão o principal destinatário das ações e serviços públicos, a gestão pública deve estar voltada para os princípios da confiança e da descentralização, com a horizontalização das decisões, que passam pelo fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde e do próprio controle social.

Os problemas podem ser observados mais concretamente a partir da falta de estabelecimento de diretrizes específicas nos Planos Municipais, de metas, objetivos gerais e específicos de um cronograma de instituição dos programas, e de um controle financeiro de dispêndio por ação e por ano. Os dados presentes nos PMSs são confusos e de difícil mensuração. O mesmo ocorre nos RAGs, com falta de números e dados para análise. Sem indicadores, metas, objetivos e cronogramas, torna-se difícil o ciclo de gestão, o controle, a avaliação e o redirecionamento entre o PMS e o RAG.

De acordo com Bobbio (2004) e Foucault (1979), o Estado é o agente estratégico e essencial na promoção do bem-estar da sociedade, o que introduz a saúde pela articulação das políticas públicas em prol da sociedade. O Estado exerce papel de importância estratégica na efetivação das demandas da sociedade, é pelas políticas públicas que as demandas são supridas. Com o advento do SUS e da quebra de paradigmas de ações de saúde curativas para promoção e prevenção, o Estado passou a atuar como promotor desse novo modelo em prol da saúde municipal.

A participação popular confere à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas sociais e ampliação das ações e serviços de saúde, na busca do efetivo direito à saúde, e está diretamente relacionada ao grau de democratização das políticas públicas, da consciência cidadã e da busca por uma gestão efetiva e participativa nas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, o Plano de Saúde e os Relatórios de Gestão são instrumentos fundamentais para a participação e o controle social, e as falhas apresentadas pelos municípios dificultam o controle, a avaliação e a própria participação popular. Da mesma forma, o questionário aplicado aos Conselheiros apontam para a pouca participação na elaboração das políticas públicas de saúde, o que enfraquece a participação popular na formulação das ações municipais e o fortalecimento do Estado Democrático de Direito.

O pensamento foucaultiano revela aspectos da ação política promovida em nome de uma pretensa segurança, em um domínio de estratégias de se evitar quem somente busca minimizar os efeitos e não atacar as causas. Sem participação popular nas decisões governamentais que superem essa política de domínio, a ineficiência das políticas públicas continuou, com medidas paliativas, mas sem um efetivo ataque aos reais problemas.

Os desafios em buscar a saúde de qualidade perpassa desde o perfil adequado do secretário municipal de Saúde, do financiamento de recursos ao setor, pela participação efetiva e proativa do Conselho Municipal e da gestão das políticas públicas que possibilitem atender à demanda da população. Nesse sentido, as decisões da gestão municipal devem primar pela excelência, democracia, participação popular e fortalecimento do Estado na condição de agente estratégico e fundamental para atender bem à sociedade.

## REFERÊNCIAS

- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
- BRASIL. *Legislação Estruturante do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass, 2011a. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: out. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 jun. 2011b. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276633> Acessado em: fev. 2019.
- BRASIL. *Lei n.8142, 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS*; Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS\\_livro\\_1a6.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf). Acesso em: jan. 2019.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Transição, consolidação democrática e revolução capitalista. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 223-258, 2011.
- BUCKLEY, W. F. *A sociologia e a moderna teoria dos sistemas*. São Paulo: Cultrix; Ed. Univ. S. Paulo, 1971.
- CAÇADOR. *Plano Municipal de Saúde 2010-2014*. Secretaria Municipal de Saúde de Caçador. Org. Janete Lisboa Velasques, 2009.
- CAÇADOR. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Secretaria Municipal de Saúde de Caçador. Org. Janete Lisboa Velasques, 2013a.
- CAÇADOR. *Relatório Anual de Gestão do ano de 2010 do município de Caçador*. 2010.
- CAÇADOR. *Relatório Anual de Gestão do ano de 2011 do município de Caçador*. 2011.
- CAÇADOR. *Relatório Anual de Gestão do ano de 2012 do município de Caçador*. 2012.
- CAÇADOR. *Relatório Anual de Gestão do ano de 2013 do município de Caçador*. 2013b.
- CORDOBA, E. *SUS e ESF – Sistema único de saúde e estratégia saúde da família*. São Paulo: Rideel, 2013.
- COSTA, L. C. *Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil*. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2006.

- DAGNINO, R. P. *Planejamento estratégico governamental*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração da UFSC; Brasília, DF; Capes: UAB, 2009.
- FAORO, R. *Os donos do poder*. A formação do patronato político brasileiro. 3. ed. rev. São Paulo: Globo, 2001.
- FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. *Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo*. Texto para discussão 1369. Brasília: Ipea, 2009.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE Cidades*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/caçador/panorama>. Acesso em: fev. 2019.
- KLERING, L. R.; PORSSE, M. C. S.; GUADAGNIN, L. A. G. Novos caminhos da administração pública brasileira. *Análise*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 4-17, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/face/article/viewFile/8231/5903>. Acesso em: abr. 2018.
- LOPES, B. J.; SILVA, E. A.; MARTINS, S. Conselho de Políticas e Participação – aspectos do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG. *Desenvolvimento em Questão*, n. 35, p. 207-242, jul./set. 2016.
- MEIRELLES, H. L. *Direito administrativo brasileiro*. 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.
- PALUDO, A. *Administração pública*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- SANO, H.; MONTENEGRO FILHO, J. F. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. *Desenvolvimento em Questão*, n. 22, p. 35-61, jan./abr. 2013.
- SCAFF, F. F. Apresentação. In: SCAFF, F. F. (org.). *Constitucionalismo, tributação e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.
- SILVA, F. R.; CANÇADO, A. C.; SANTOS, J. C. Compreensões acerca do conceito de controle social. *Desenvolvimento em Questão*, n. 41, p. 24-58, out./dez. 2017.
- WASKIEWIC, M. *Mapa de localização geográfica do município de Caçador*. Canoinhas, 2020.