



V Jornada Brasileira de Sociologia

Desafios, dilemas e oportunidades nas sociedades democráticas

Novembro, 2017, Pelotas/RS

GT 05 – Economia, política e sociedade no século XXI

O PAPEL DOS CONSELHOS LOCAIS E DO CONTROLE SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE



O PAPEL DOS CONSELHOS LOCAIS E DO CONTROLE SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Maique Berlote Martins¹

Resumo:

A Lei 8080/1990 é considerada a lei orgânica da saúde, define os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e suas instâncias administrativas. Em complemento a esta lei, a 8142/1990, dispõe sobre a participação popular no SUS, sobre o papel dos Conselhos e das Conferências de saúde como órgãos deliberativos essenciais na construção das políticas públicas que compõe o SUS. O objetivo deste estudo é analisar o papel do conselho municipal de saúde na implementação das políticas públicas deste âmbito, partindo de um estudo de caso na I Conferência Municipal de Vigilância em Saúde, realizada no município de Santa Maria/RS. Trata-se de uma pesquisa com base metodológica qualitativa, que se utiliza da observação participante para a coleta dos dados empíricos. A análise dos dados foi realizada, tendo como base à legislação do SUS e a bibliografia pertinente a temática de políticas públicas e controle social. Os resultados apontam para um importante papel do Conselho Municipal de Saúde na organização de espaços democráticos, voltados para a construção de uma agenda relativa às demandas do controle social do município estudado.

Palavras-chave: políticas públicas; participação; controle social.

¹ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, linha de pesquisa de Instituições e Pensamento Político. E-mail: maiique-martins@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Do campo de estudos em implementação de políticas públicas levou a pensar sobre os atores que estão envolvidos na implementação e os locais de discussão para a construção das políticas. E considerando então, as políticas públicas de saúde, que é o campo de análise escolhido para a realização deste estudo, podemos observar atuando no processo de implementação, os agentes do Estado, os burocratas, que são os agentes operacionais que organizam e executam as políticas e também, a atuação do controle social, que se identifica no ativismo para que a construção da política de saúde seja feita com a participação dos usuários, dos trabalhadores e do governo, é o princípio da paridade que foi estabelecido na lei 8142/1990 (BRASIL, 1990).

O Controle Social é o espaço de discussão desses agentes implementadores e formuladores de políticas públicas. A partir das disposições desta Lei, que define a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, esta é ampliada, democratizada e passa a ser qualificada por “controle social”, controle da sociedade sobre a política de saúde (BRASIL, 2013).

A Lei 8.142/90, como mencionado, regulamenta as formas de participação popular no SUS, através de duas instâncias colegiadas: A Conferência de Saúde, espaço de discussão e participação comunitária que reunir-se-á a cada quatro anos com a representação de segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

Estes espaços passaram a representar expressiva influência no processo de tomada de decisão que envolve o *policy communities*. Côtres (2007, p. 133), explica que trata-se de espaços “nos quais esses atores se confrontam, articulam e constroem consensos provisórios ou estratégicos para a formulação e implementação das políticas”.

Neste sentido, este estudo se propõe a analisar os espaços de discussão organizados pelo controle social, nas esferas municipal e federal, para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Esta política iniciou sua construção no ano

de 2017, com o incentivo do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para que os municípios realizassem conferências para debater sobre o tema. As conferências são os espaços de construção da agenda que irá fomentar a formulação da política.

Parte-se do questionamento sobre como as conferências de vigilância em saúde, municipal em Santa Maria/RS e estadual em Porto Alegre/RS, constroem a agenda de demandas para a formulação da política pública? O estudo tem base qualitativa e o método utilizado foi o de observação participante onde eu participei da conferência municipal de vigilância em saúde de Santa Maria², nos dias 4 e 5 de agosto e nessa conferência foi possível ser eleito como delegado, do segmento de usuários para participar da conferência estadual de vigilância em saúde, que ocorreu em Porto Alegre, dos dias 6 a 8 de outubro. Então o trabalho se dá a partir da análise destas duas conferências, a municipal e a estadual, onde se busca identificar o papel das conferências para a formulação da política pública e; compreender o processo de descentralização intrínseco a formulação das políticas de saúde.

Este artigo está dividido em introdução, uma seção teórica, onde serão discutidas as fases do *policy cycle*, uma seção de apresentação dos dados empíricos, onde serão apresentados os dados coletados nas duas conferências e em considerações finais, onde os eventos observados no campo serão discutidos e analisados teoricamente.

Policy cycle: as fases da política

Cada política passa por diversas etapas, nas quais reagem de formas distintas diante das coalizões entre os atores envolvidos no processo. Dentre os estágios do ciclo de políticas públicas, podemos destacar os que seguem:

1) A primeira etapa, geralmente reconhecida, é a da formação da **Agenda**. Saravia (2006), indica que esta etapa designa o estudo dos fatores sociais que conduzem a designação de status de problema, transformando-o em debate público. Esta fase é descrita por Frey (2000) como ‘agenda setting’, em que:

Se decide se um tema efetivamente vem sendo inserido na pauta política atual ou se o tema deve ser excluído ou adiado para uma data posterior, e isso não obstante a sua relevância de ação. Para poder tomar essa decisão, é preciso pelo menos uma avaliação preliminar sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, assim como uma avaliação das chances do tema ou projeto de se impor na arena política (Frey, 2000 p. 227).

² A participação nesta conferência se deu devido ao vínculo criado com o Conselho Municipal de Saúde deste município, na realização de minha pesquisa de mestrado. Foi, a princípio, uma participação enquanto usuário interessado pelo tema, mas sem se descolar do olhar de pesquisador.

2) A etapa da **formulação**, inclui a seleção e especificação “da alternativa considerada mais conveniente, seguida de declaração que explicita a decisão adotada, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro” (SARAVIA, 2006 p. 33). A formulação das alternativas é um dos mais importantes momentos do processo de elaboração da política pública, porque é quando se evidenciam as prioridades a serem executadas e é quando se colocam claramente as preferências dos atores, manifestando os seus interesses (RUA, 2009).

3) A etapa de **implementação**, pode ser considerada a mais complexa *do policy cycle* e onde ocorre a continuidade do que foi planejado na formulação da política pública (PARSONS, 2007). É onde se realiza o planejamento e a organização dos recursos humanos, das ferramentas administrativas, os recursos financeiros, materiais e tecnológicos necessários à concretização da política pública (SARAVIA, 2006). Esta fase desperta um olhar especial da *policy analysis*, devido “ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação” (FREY, 2000 p. 228).

Além disso, a implementação, conforme Saravia (2006), pode sofrer empecilhos de circunstâncias externas ao agente implementador, como falta de recursos financeiros e/ou humanos, fatores burocráticos que paralisam a implementação, dependência de outras esferas governamentais, entre outros. Lima e D’ascenzi (2013 p. 103), explicam que “o sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é imprescindível que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles”.

4) Na fase de **Avaliação**, é realizada a mensuração e a análise geral da política pública, dos efeitos produzidos e a relação entre os objetivos esperados (SARAVIA, 2006). Tude (2010, p. 18), contribui ao referir que nessa fase “é possível refletir a relação custo/benefício empreendida na política pública e tentar contornar possíveis falhas de formulação ou execução”.

A seguir, a figura 1, exemplifica como se dividem sequencialmente, as etapas do *policy cycle*:

Figura 1: Ciclo de Políticas Públicas



Elaborado pelo autor.

Assim como os estudos em Políticas Públicas, a análise de sua implementação, também, é um campo de pesquisa bastante recente, que teve os primeiros olhares acadêmicos na década de 70. Vaquero (2007), explica que os estudos nesta área foram iniciados por Pressman y Wildasvsky (1973) que pela primeira vez chamaram a atenção dos especialistas para esta etapa das políticas públicas e fortaleceram sua importância.

Ressaltamos que a fase de implementação do *policy cycle* pressupõe duas formas diferentes da política ser implementada. Se elas são pensadas em cima e implementadas – (*top down*) de cima para baixo -, ou são construídas em baixo e implementadas – (*bottom up*) de baixo para cima (Lotta, 2010).

Vaquero (2007), explica que a abordagem *top down* começa com a análise da tomada de decisão – que geralmente se apresenta em alguma lei, ou estatuto, portaria – e posteriormente é analisado o grau com que seus objetivos foram alcançados, o tempo necessário e por quem. Para o autor, este enfoque analisa: “a) el comportamiento de los burocratas y de los grupos objetivo hacia la decisión política; b) el logro de objetivos a través del tiempo; c) los factores principales que afectan los impactos de la política y sus resultados, y d) la reformulación de la política (VAQUERO, 2007, p. 145)”. Percebemos que o modelo *top down*, permite uma análise detalhada dos resultados da política, bem como trabalha com base nestes resultados, que são fortemente estabelecidos pela forma hierárquica de sua implementação.

Na visão de Parsons (2007), o modelo *top down*, possui uma perspectiva essencialmente hierárquica, por ser elaborado com base no modelo de “tipo ideal” de

implementação, ou a mais efetiva possível, podendo ser enquadrada no sistema racional. O modelo *top down*, segundo Silva e Mello (2006, p. 8), "centra-se na questão dos mecanismos de controle sobre os agentes implementadores para que os objetivos da política sejam atingidos", é uma forma normativa de colocar a política pública em ação. Este modelo, "reflete-se nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre a política e a administração e enfocando o controle e a hierarquia" (LOTTA, 2010, p. 30).

As críticas a este modelo "de cima para baixo" partem da conveniência deste tipo de implementação consistente com os princípios democráticos, no sentido que possibilita poucas oportunidades de discussão, acerca das decisões, no "nível de baixo" (PALLARES, 1988). Esta crítica em relação ao controle hierárquico, se confirma com estudos que indicam desvios no nível mais baixo e pelo fato de que este controle hierárquico, controlam os processos organizacionais, políticos e tecnológicos que afetam a implementação (VAQUERO, 2007).

Já a visão *bottom-up*, possui um olhar mais longitudinal, com ênfase aos processos e não ao controle, que parte da origem da política e vai acompanhando as mudanças que ocorrem em cada um dos níveis (Lotta, 2010). É uma perspectiva que compreende a implementação como a interação entre diferentes atores.

Rua (2009, p. 128) explica que o modelo *bottom-up* "propõe que a política seja concebida a partir da base, das percepções das demandas e das experiências de resolução dos problemas desenvolvidos pelos atores situados nos escalões inferiores da administração". Nesta concepção de baixo para cima, há um favorecimento da participação das bases, o que implica na formulação de uma política daqueles que participam no processo de colocá-la em prática (PARSONS, 2007).

E ainda, podemos complementar que o fato deste enfoque começar o processo de implementação a partir do nível mais baixo, proporciona à organização a compreensão de elementos essenciais para a análise da implementação e possibilita uma maior interação entre os burocratas e quem recebe a política. Este modelo, apresenta uma resposta ao *top down*, no sentido em que propõe um enfrentamento dos problemas da implementação não pela hierarquização, mas sim, por meio da maximização da discricionariedade³ onde o problema é mais complexo (VAQUERO, 2007).

³ Discricionariedade, segundo Subirats (2006, p. 114), existe quando um trabalhador tem um âmbito de poder que lhe permite escolher entre diferentes alternativas de ação, ou de não ação.

Com base nas sobreposições destes dois modelos de implementação, Lotta (2010), levanta dois questionamentos importantes a respeito destas diferenças:

O primeiro é sobre o que os estudos de implementação deveriam fazer: dar prescrição ou descrição? O segundo é se o objetivo dos estudos é desenhar melhores políticas, adquirir maior controle dos resultados ou buscar entendimento do que acontece na prática (2010, p. 32).

Percebemos uma ideia maior de prescrição no modelo *top-down*, o qual almeja justamente criar normas, prescrever ações, o que gera uma crítica a este modelo, por não ser tão profundo nas suas descrições de processos e suas complexidades. Em contrapartida, o modelo *bottom-up* tende a focar em descrições detalhadas para o entendimento dos objetivos, mas acaba sendo criticado por não prescrever ações para a prática (LOTTA, 2010).

Ao pensarmos em políticas públicas, na área da saúde, o modelo mais utilizado na implementação das políticas é o *top-down*, muito em função da grande hierarquização das instituições nesta área, que apesar de buscar uma descentralização, acabam dependentes de uma escala hierárquica no planejamento das ações. Gerschman (2000), problematiza a descentralização das políticas de saúde no Brasil, fazendo um parâmetro do quanto a hierarquização se acentuou nesta área, após os anos 1990:

A descentralização do SUS é operada através de um processo regulatório e escalonado, expresso em normas operacionais básicas cujo objetivo é a definição de passos sucessivos a serem percorridos por estados e municípios, de maneira a operar o sistema de saúde sobre a base de um pacto político cooperativo entre instâncias e instituições específicas e sustentado por procedimentos técnicos. Mas, de fato, o pacto cooperativo não acontece pela sua instituição legal; antes, é condicionado ao *policy making* no setor. Os governos estaduais respondem a uma organização institucional própria e a políticas resultantes da representação de interesses que diferem de estado para estado e entre estes e a União (2000, p. 159).

As Normas Operacionais Básicas (NOB), citadas pela autora, como o próprio nome já nos pronuncia, são normativas, prescritivas em relação aos procedimentos realizados na operacionalização das políticas e diretamente dependentes das esferas governamentais. Na implementação de políticas de saúde, ainda, torna-se mais forte a autoridade setorial na tomada de decisões quanto à distribuição intergovernamental de recursos, como explicam os autores: “as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde” (Saravia e Ferrarezi, 2006, p. 101).

As conferências de Vigilância em Saúde

Em 2017 começou a ocorrer em todo o Brasil a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde, a vigilância em saúde é um setor da saúde que não está vinculado diretamente a nenhum nível de atenção, não é especificamente da atenção básica, ou da atenção hospitalar, ou da média complexidade. O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Esta parte do estudo se dedica em acompanhar o processo de construção da política. Porque as conferências acontecem em cada nível de governo, primeiro nos municípios, depois nos Estados, depois no governo federal e elas servem para escolher as principais relativas às demandas de vigilância em saúde. É onde ocorre a construção da política pública, se elabora uma agenda durante as conferências e após as principais demandas que vão ser formuladas pelos gestores. A formulação sempre ocorre no Ministério da Saúde, com o acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde, mas a formulação ocorre no Governo federal, na esfera federal.

Primeiramente são realizadas as conferências municipais, a de Santa Maria ocorreu no mês de agosto. Antes da conferência municipal, devem ser realizadas conferências locais, organizadas pelo Conselho Municipal de Saúde, nas associações dos bairros e nas ESFs, para ouvir a população e fazer o levantamento da demanda local.

O Conselho Nacional de Saúde envia para os Conselhos municipais, um caderno com orientações para a realização da conferência, onde são apresentadas algumas propostas preliminares. Na primeira parte da conferência são apresentados debates sobre o tema, foi o que ocorreu em Santa Maria, no primeiro dia foi realizada uma palestra com uma representante do CNS que apresentou a atual situação da vigilância em saúde no Brasil, isto serve pra orientar os participantes da conferência na discussão e elaboração das propostas.

Então, as propostas sugeridas no caderno de orientação do CNS, juntamente com as propostas construídas pelo CMS nas conferências locais, vão passar por grupos de trabalho na conferência municipal. Os participantes, no momento do credenciamento são classificados como delegados no segmento de usuários, trabalhadores, ou gestores. Todos os delegados têm direito a voz e voto, porque há possibilidade de todos

participarem, de darem sua opinião, mas os delegados além de dar a opinião, podem votar nas propostas, aprovar, ou reprovar e quem não for delegado pode participar, mas como convidado, com direito a voz é um participante que pode participar nas discussões sobre as propostas, só que ele não terá direito a voto.

Em Santa Maria a participação na conferência foi algo assim bastante limitado, foi uma participação de cerca de 100 delegados, muitos estudantes, a maior parte dos usuários inscritos eram estudantes, residentes.

A elaboração das propostas ocorre da seguinte forma: são divididos grupos de trabalho em que todas as propostas, as que vieram do CNS e as que foram elaboradas nas conferências locais, são lidas e são reelaboradas, são acrescentadas outras, são retiradas algumas, nestes grupos de trabalho vai ser debatido o planejamento em relação a vigilância em saúde para os próximos quatro anos e o que deve ser regulamentado.

Na conferência municipal são votadas as 12 propostas prioritárias que irão representar as propostas do município na conferência estadual e são eleitos os delegados que irão participar da conferência estadual. Todos os delegados que participaram da conferência podem ser eleitos, dentro do seu segmento, para participar da conferência estadual. Desta forma, sendo eleito no segmento de usuários, foi que pude participar da conferência estadual.

A representação de delegados respeita, também, a paridade entre usuários, trabalhadores e gestores, porque o conselho estadual de saúde define que cada município, de acordo com sua população, terá direito a inscrever um número específico de delegados pra participar da Conferência Estadual. No caso de Santa Maria, o Conselho Estadual definiu que seriam 12 delegados que iriam compor a representação do município, 50% teriam que ser usuários, mais três trabalhadores e três representantes da gestão. Cumprida esta etapa municipal, parte-se para a Conferência Estadual.

A Conferência Estadual ocorre de forma muito semelhante às conferências municipais na sua organização. Começa debatendo sobre o tema, com mesas de discussão, uma introdução falando sobre como que vai ser feita a organização da conferência, com leitura do regimento, as normas pra votação pros delegados pra conferência nacional. Num segundo momento, assim como na municipal, são realizados grupos de trabalho, porém com muito mais propostas a serem analisadas, porque na conferência estadual são lidas todas as propostas prioritárias de cada município do estado.

Todas as propostas são lidas, mas há uma metodologia diferente para a votação das propostas na Estadual, pois as propostas na conferência estadual não podem ser reelaboradas, ou acrescentar propostas, as únicas possibilidades que se tem de alteração é para supressão de uma proposta, pra fusão de uma proposta com outra semelhante, ou então, pra supressão parcial das propostas, que seria a supressão de uma parte, uma frase, ou uma palavra. Ao final da conferência foram votadas nas propostas prioritárias do Estado que serão levadas para a conferência nacional e eleitos os delegados que representarão o Estado.

Considerações finais

Com o Relatório da Conferência Nacional o Ministério da Saúde irá elaborar a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Ou seja, como vimos é um processo de formulação que passa pelas três esferas de governo e que acontece, também, com outras políticas no âmbito do SUS (Saúde da Mulher, Saúde Mental, Atenção Básica, etc.), que faz parte da prerrogativa da descentralização no planejamento das políticas de saúde no país. Assim determina o SUS, que estabelece a fundamental atuação do Controle Social na construção das políticas de saúde. Este caminho será inverso após a formulação da Política Pública:

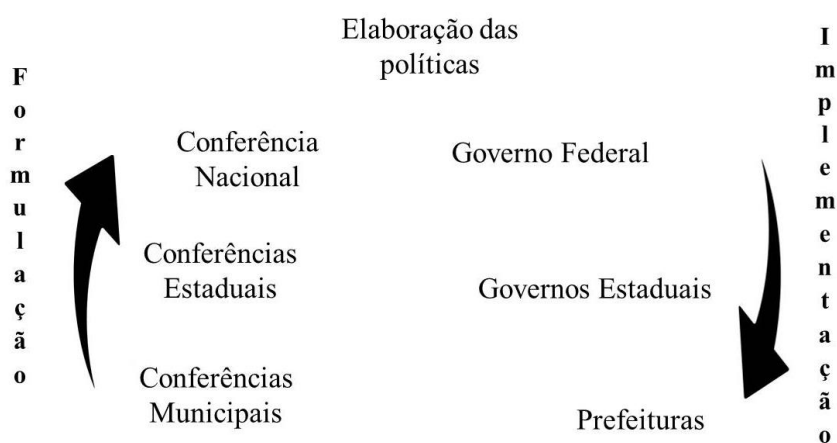


Figura 2: Elaboração das políticas.
Elaborado pelo autor.

Depois de elaborada a política pública passa a ser implementada, seguindo os repasses da União para os governos dos Estados e, por fim aos municípios. O Ministério da Saúde elabora as políticas e as regulamenta, a prática, a execução da política vai acontecer nos municípios, mas antes de chegar ao seu destino final, as ações do Estado passam, ainda, pelos interesses das Secretarias Estaduais de Saúde.

Este processo é explicado por Arretche e Marques (2007), por meio do que foi estabelecido na Constituição de 1988 de que “o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e à União e aos Estados, a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função” (2007, p. 178). A descentralização é uma das prerrogativas máximas levantadas durante o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80 e 90, e que deu origem ao SUS.

O que os Movimentos Sociais daquele período pretendiam ao buscar descentralizar a implementação do novo modelo de atenção à saúde, era a continuidade e o aprofundamento do planejamento e do processo de municipalização da política, facilitado pelo período de redemocratização que se vivia no país e, assim, permitindo se somar a diversidade populacional, econômica e estrutural dos serviços públicos de saúde nos municípios brasileiros (GERSHMAN, 2004, p. 199). Um movimento de ampliação da tomada de decisões, permitindo que as particularidades estaduais e municipais fossem incorporadas na implementação das políticas públicas.

Para Gershman (2004, p. 199), “descentralização, desconcentração e/ou deslocamento de poder formam os diversos aspectos do processo de descentralização política”, criando novos espaços de discussão e de disputa, onde as demandas sociais são debatidas e entram nas agendas governamentais, sendo que o modo como os atores interagem e influenciam nas decisões é fundamental e repercute na agenda política. Os novos espaços de discussão que surgiram com este processo, foram os Conselhos de Saúde.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN,G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FOCRUZ, 2007.

BRASIL, Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. 1990.

_____, Lei nº 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. 1990.

CÔRTEZ, Soraia Vargas. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN,G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FOCRUZ, 2007.

D'ASCENZI, Luciano & LIMA, Luciana Leite. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. Revista de sociologia e política v.21, nº 48: 101-110 dez. 2013.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS, n. 21 (2000).

GERSCHMAN, Silvia. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

HILL, Michael; HUPE, Peter. Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice. Sage politics texts. London: sage, 2002.

LAHERA, Eugênio P. Implementación de las políticas y asesoría presidencial. In: Políticas públicas; coletânea vol II / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi. – Brasília: ENAP, 2006.

LOTTA, Gabriela S. Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas do nível de rua no Programa Saúde da Família, tese de doutorado, São Paulo, 2010.

PALLARES, Francisc. 1988. Las políticas públicas: el sistema político en acción. 62, Octubre-Diciembre de 1988, Revista de Estudios Políticos (Nueva Época), págs. 141-162.

PARSONS, Wayne. Políticas Públicas: uma introdução a la teoria y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO, Sede académica de México, 2007.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. Políticas Públicas; coletânea volume I. Brasília: ENAP, 2006.

SUBIRATS, Joan. El papel de la burocracia en el proceso de determinación e implementación de las políticas públicas. In: Políticas públicas; coletânea vol II / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi. – Brasília: ENAP, 2006.

TUDE, João Martins. Conceitos gerais de políticas públicas. Salvador: S/Ed, 2010. Disponível em: <<http://www2.videolivrraria.com.br/pdfs/24132.pdf>>

VAQUERO, Benjamin Revuleta. La implementación de las políticas públicas. *Díkaion*, Universidad de la Sabana, ISSN (versión impresa): 0120-8942. . Chía, Colombia, pp. 135-156, 2007.