

# **A IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO PLENA: ANÁLISE A PARTIR DA EFICIÊNCIA TÉCNICA E SOCIAL NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO-RS**

Aluno: Douglas Ramos Vaqueiro  
Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA  
douglasramos32@hotmail.com

Orientadora: Isabela Braga da Matta  
Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA  
isabelamatta@unipampa.edu.br

**RESUMO:** Este estudo tem como tema analisar a implementação da Gestão Plena a partir da eficiência técnica e social no município de Sant'Ana do Livramento -RS, considerando a evolução de indicadores de estrutura, resultado e participação social na gestão de saúde do município. Nesse sentido, buscou-se a gestão mais descentralizada do sistema municipal de saúde, entre os anos 2014 e 2018, com a finalidade de verificar se ocorreu melhora da eficiência técnica e social do sistema. O município aderiu à Gestão Plena do Sistema de Saúde no ano de 2016, quando ficou estabelecida a responsabilidade do gestor municipal sobre o processamento da produção, contratação e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares com recursos da Média e Alta complexidade. A partir do referencial teórico selecionado, há a fundamentação deste estudo, com base em diversos autores, conforme a proposta temática do trabalho. Assim, conceitos como o de Avaliação de Políticas Públicas, Gestão Plena e Eficiência Técnica e Social, entre outros, tornam-se fundamentais para o presente artigo. A pesquisa caracteriza-se pela análise documental e pela coleta de dados, que se deu de três maneiras. Primeiro, através da coleta de dados secundários diretamente recolhidos dos sistemas DATASUS, TABNET, Portal BI Público, SISPACTO (sistemas que contêm os registros sobre a saúde dos municípios, regiões de saúde, estados). Depois, através da lei de acesso a informações para a portaria de nomeação dos conselheiros de saúde. E, por fim, documentos sobre a realização de conferências municipais de saúde. Como resultado, identifica-se o aumento dos repasses do fundo nacional de saúde para o fundo municipal de saúde. Entretanto, sem um aumento real de estrutura, tanto profissional, quanto de serviços existentes, tampouco houve grandes mudanças nos indicadores de resultados, pois os números se mantiveram sem grandes alterações, salvo alguns casos relacionados aos canais de participação social. Portanto, verifica-se a necessidade de um maior planejamento, maior investimento em melhorias, avaliação por parte gestão municipal e aumento dos canais de participação social, fundamentais para qualidade dos serviços públicos.

**Palavras-chave:** Gestão Plena. Saúde Pública. Políticas Públicas. Gestão em Saúde.

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze the implementation of Full Management, based on technical and social efficiency in the municipality of Sant'Ana do Livramento/RS, from the evolution of indicators of structure, outcome and social participation in health management in the municipality. The most decentralized municipal management qualified in the full management model of the municipal health system between 2014 and 2018 was analyzed in order to verify if there was improvement of the technical and social efficiency of the system. The municipality joined the Full Management of the health system in 2016, which established the responsibility of the Municipal Manager for processing production contracting and payment of outpatient and hospital providers with resources of medium and high

complexity. The theoretical framework presents the theoretical support of this study, based on several authors, within the proposed theme, in order to support the analysis of the collected data and is divided into Policy Concepts, Public Policy Evaluation, Full Management and Technical Efficiency. and social. The research is characterized as document analysis and data collection took place in three ways: First through the collection of secondary data directly in the DATASUS, TABNET, BI Public Portal, SISPACTO (systems that contain the municipal health records, health regions, states, and Federal District). Secondly, through the access law information to collect data regarding the appointment of health counselors. And finally, documents on holding municipal health conferences and applied content analysis to develop the results. As a result, it was possible to identify the increase of transfers from the national health fund to the municipal health fund of the municipality, but without a real increase in the existing professional structure and services, also without major changes in the result indicators. The numbers remained unchanged, except in some cases, and in the channels for social participation, parity was maintained in the municipal council and the holding of only one municipal health conference in the period analyzed. There was a need for greater planning, greater investment in improvements, evaluation by municipal management and increased channels for social participation, which are fundamental for improving the quality of public service.

## **1. INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 reconhece, no Art.196, a saúde como dever do Estado e a garante através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um sistema universal público, participativo, descentralizado e integral (BRASIL, 1988). O texto constitucional traz também a organização desse sistema de forma que toda a população tenha acesso.

A estrutura jurídica do SUS, em conformidade com o disposto no Art. 198 da Constituição Federal, exige que todas as atuações e serviços públicos de saúde, de todos os entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada (SOUZA, 2012). Essa determinação torna-se uma grande conquista para a população brasileira, que passa a ter garantido o direito à saúde. Logo após ser garantido na Constituição de 1988, foi necessário institucionalizar o SUS. O SUS foi uma conquista do movimento sanitarista, amplamente debatido, com uma extensa pauta que permeou a sociedade civil, levando à criação da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

A Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990). A partir de então, o grande desafio é garantir que a saúde chegue a todos os cantos do país.

Um dos princípios e diretrizes do SUS é a descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (COSEMSRS, 2016), levando para os estados e municípios a responsabilidade junto com a União, a promoção de saúde.

Segundo Mendes (2005, p.17), “durante a década de 1990 e os primeiros anos de 2000, a consolidação do SUS foi marcada por um intenso processo de descentralização das responsabilidades da gestão e dos recursos financeiros do governo federal para os municípios”.

A descentralização, princípio basilar da Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se uma alternativa para municípios de médio e grande porte, pois permite maior autonomia de gestões para a tomada de decisão na hora de planejar, contratar e fiscalizar o bom funcionamento dos serviços em saúde.

Para Mendes (2005, p.18) “no processo de descentralização da Saúde os municípios são levados à condição de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), executando todas as ações e os serviços de saúde em seu território”. Dentro desse processo, surgem normativas do Ministério Saúde, dando maior autonomia aos estados e municípios, de modo que assim surge também a Gestão Plena do Sistema de Saúde.

Conforme a Portaria nº384 de 4 de abril de 2003, a Gestão Plena compreende a organização de todo o sistema municipal, incluindo a dos prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou do nível de complexidade, exercendo o comando único (BRASIL, 2003).

O modo de funcionamento da Gestão Plena permite planejar, contratar de acordo com a demanda e fiscalizar a prestação de serviços. (COSEMSRS, 2016). Os municípios que escolheram o modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde atribuíram para si a responsabilidade pelos serviços de saúde em todo o seu território (COSTA. et. al. 2009). Todo desenvolvimento de transformação no SUS tem, por alegação, o aprimoramento de sua postura de ação, de gestão de conexão dos variados serviços e territórios, visando uma maior competência nos cuidados de saúde (COSTA.et.al. 2009).

O município de Sant’Ana do Livramento está localizado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul/Brasil e faz divisa com Rivera, município da República Oriental do Uruguai. Não há acidente geográfico separando as duas cidades. O comércio e a pecuária são as principais atividades econômicas desses municípios. Sant’Ana do Livramento aderiu à Gestão Plena no ano de 2016, quando ficou estabelecida a responsabilidade do gestor municipal pelo processamento da produção, contratação e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares com recursos da Média e Alta complexidade.

O modo de descentralização da saúde no município de Sant’Ana do Livramento, conforme foi pesquisado (em jornais de circulação local e páginas/sites oficiais), não contou com a externalização por parte dos gestores, dificultando assim a compreensão, apropriação e conhecimento do tema por parte da população.

Por isso, o presente estudo tem como objetivo analisar a implementação da Gestão Plena a partir da eficiência técnica e social do sistema municipal de saúde de Sant’Ana do Livramento, assim como procura descrever e analisar a evolução de indicadores de estrutura, resultado e controle público da gestão de saúde no município de Sant’Ana do Livramento/RS. Dessa maneira, pretende-se com este trabalho avaliar a gestão municipal mais descentralizada do SUS no município de Sant’Ana do Livramento, entre 2014 e 2018. Nesse sentido, de 2003 a 2019, foram encontrados em plataformas de periódicos (SCIELO, REPOSITORIO UNB, REPOSITORIO UFEPL, REPOSITORIO UNICAMP) apenas 11 artigos tratando diretamente do tema da Gestão Plena da saúde e outros 10 de forma indireta. Em 2003, o objetivo do Ministério da Saúde ao lançar o programa era o de intensificar o processo de descentralização da saúde.

No Estado do Rio Grande do Sul, até 2016, dos 497 municípios, apenas 133 municípios tinham optado pela Gestão Plena do sistema, algo que representa apenas 26,8% dos municípios. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde, apresentado pelo Ministério da Saúde, em 2006, estabeleceu as atribuições da assistência à saúde nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. A princípio, a maneira anterior de gestão foi desfeita, uma vez que, a partir de então, ao se aderir ao processo com o aceite do termo de responsabilidade de gestão, cada ente assumiu as atribuições e também as competências nas ações e nos serviços de saúde.

## **2. CONCEITOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Os estudos em políticas públicas, conhecidas como *policyscience*, tiveram início no começo dos anos 1950, nos Estados Unidos, ao longo da Era Progressista, coordenada por

Herbert Croly e pelos presidentes Theodoro Roosevelt e Woodrow Wilson. No início dos anos 1970, vinte anos depois, é que a Europa, principalmente na Alemanha, começa a desenvolver estudos na área de políticas públicas com foco nas teorias explicativas sobre o papel do Estado e suas instituições (FREY, 2000). Segundo Faria (2005), primeiramente, as pesquisas eram focadas para a própria definição do termo políticas públicas, posteriormente o foco passa a ser o processo que envolve todo o ciclo das políticas públicas. É, então, que surgem várias definições.

Não há uma só, ou a melhor, definição sobre o que são políticas públicas. A definição de Laswell (1936) é uma das mais conhecidas e usadas no meio acadêmico. O autor explica que as políticas públicas devem responder às seguintes questões: quem ganha o quê? Por quê? E que diferença faz a sua adoção? Além dessas questões, Laswell (1936) assinala que o conhecimento acadêmico deve combinar com as ações dos governos, estabelecendo um canal de comunicação entre pesquisadores, grupos de interesse e governo.

Para Lucchese (2004, p. 3), as políticas públicas podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”.

Já para Amorim e Boullosa (2013), o termo políticas públicas possui várias definições e conceitos, não existindo um consenso na literatura. Segundo os autores, essa diversidade de conceitos é resultado da multidisciplinariedade do campo, que possui contribuições das ciências políticas, economias, da sociologia, da administração pública e da teoria das organizações.

Outros autores, do mesmo modo, criaram definições para o termo políticas públicas, que existem no sentido de acrescentar e elucidar as já existentes. Lynn (1980 *apud* SOUZA, 2006) indica que políticas públicas são uma série de serviços do governo que produzem resultados específicos. De maneira simplificada e ainda apoiando-se em uma abordagem centrada no governo, Dye (1984) associa a prática com a ação ou a inatividade do governo, isto é, este escolhe o que realizar ou não realizar. Amorim e Boullosa (2013), mais pluralistas, salientam que as políticas públicas não são atividades unicamente do Estado. No entanto, este ainda é um ator estratégico, com competências legais e recursos alocados para a implementação dessas políticas. Assim, elas são criadas a partir das contribuições e da interação entre diversos *stakeholders* num ambiente sociopolítico, com normas e atividades próprias.

Perante as diversas definições Souza (2006) salienta que para estabelecer a teoria geral do campo, é preciso agrupar o conhecimento das teorias já consolidadas em outros campos, tais como ciência política, economia, sociologia e administração. Por isso, entende-se que o campo de políticas públicas é interdisciplinar, podendo ser conceituado pelas mais diversas áreas.

Então, pode-se definir política pública como o campo do conhecimento que procura, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e também analisar essa ação para, quando preciso, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações, promovendo assim as mudanças desejadas pela população.

## **2.1 Avaliação de políticas públicas**

Além de elaborarem as definições de políticas públicas, pesquisadores estudaram a melhor forma de entender a dinâmica desse campo do conhecimento. A partir disso, a avaliação surge com o propósito de apurar os resultados alcançados no emprego de tais políticas. Isto é, uma função que consiste em observar os efeitos relacionados à efetiva ação de governos.

Para Secchi (2014), a compreensão de tais ações em forma de ciclo é uma forma de transpor o processo de forma contínua, um meio de idealizar e analisar políticas públicas em sequências organizadas. Desse modo, é viável estruturar as etapas, além de organizar as possíveis intervenções para o seu desenvolvimento.

Drumond, Silveira e Silva (2014) explicitam que, com algumas mudanças, são cinco as etapas identificadas na literatura como componentes do ciclo político: identificação do problema, definição de agenda, elaboração da política, implementação, monitoramento e avaliação.

Por sua vez, Secchi (2014) escolhe empregar uma análise que segrega o ciclo de políticas públicas em sete fases: identificação do problema, formação de agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

Klaus Frey (2000) salienta que a avaliação deve acontecer em vários momentos do ciclo e não apenas no fim da implantação das ações políticas. O autor ainda afirma que, na prática, os atores políticos não se atêm a uma sequência isolada. As diversas fases podem ocorrer simultaneamente.

Destaca-se que, embora o tema do ciclo de políticas públicas seja relatado na literatura, há autores que condenam a separação em fases. Costa e Castanhar (2003) explicam que não há divisão de fase para a avaliação, pois ela não está limitada à etapa final do ciclo, sendo uma atividade contínua sistemática e objetiva. O objetivo da avaliação é nortear os tomadores de decisão quanto à continuidade, a necessidade de correções ou, se necessário, a suspensão da política pública.

Dessa forma, verifica-se que a avaliação pode aumentar de forma significativa a sensibilidade e a percepção dos atores políticos sobre a política pública a fim de aprimorá-la. A avaliação faz diferença na eficiência das ações que é o que possibilita que ela cumpra melhor seu papel. Além disso, Trevisan e Van Bellen (2008) destacam que os resultados das avaliações servem para divulgar e fomentar o debate público sobre as alternativas de políticas públicas para melhorar a realidade social.

### **3. GESTÃO PLENA**

Entre a década 1990 e os primeiros anos de 2000, o avanço do SUS foi marcado por um grande crescimento da descentralização das competências de gestão e de recursos financeiros da União para os municípios. O fundamento que norteou a definição do Ministério da Saúde foi o da reestruturação do modelo assistencial do SUS, no qual o município passa a ter maior autonomia para executar.

Dando continuidade a essa reforma, o Ministério incentivou o enquadramento dos municípios nos níveis de gestão mais capacitados nas proporções institucionais, operacionais e de competências em atuações e funções de saúde, como as determinadas na Norma Operacional Básica 96 (BRASIL, 1996), sob a titulação de Gestão Plena do sistema municipal. A norma transfere aos municípios envolvidos na condição de gestão a competência por todos os serviços de saúde em seu território. Por seu turno, foram desenvolvidas em 1995, no primeiro ano de exercício dessas gestões, as transferências de recursos financeiros “fundo a fundo” (automáticas, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde), para que esses municípios conseguissem realizar as competências estabelecidas nessa modalidade de gestão.

Conforme a Portaria nº384 de quatro de abril de 2003, Gestão Plena compreende o gerenciamento de todo o sistema municipal, incluindo a dos prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único (BRASIL, 2003).

Perante a condição de Gestão Plena do sistema municipal, os municípios têm de se responsabilizar por todos os serviços de saúde em seu território, o que significa todos àqueles que compõem o seu sistema de saúde. As competências dessa condição de gestão referem-se a:

- a) Elaboração da programação municipal relativa a todos os serviços de saúde existentes
- b) No seu território, contendo até a referência ambulatorial especializada e hospitalar, incorporada à programação estadual;
- c) Gerenciamento de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência, bem como de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União;
- d) Reorganização das unidades de saúde públicas e privadas/filantrópicas, incorporando o;
- e) Cadastramento nacional dos usuários do SUS;
- f) Prestação de serviços, inclusive os de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a programação pactuada integrada; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares referentes à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal;
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, relativos a todos os serviços de saúde existentes no município;
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos;
- i) Hospitalares de alta complexidade, operação do sistema de informação hospitalar (SIH) e do sistema de informação ambulatorial (SIA);
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e sobre o meio ambiente;
- k) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária e epidemiológica, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas — acidentes, violências e outras.

Em teor de cobertura das competências dos municípios enquadrados no SUS, é viável afirmar que a condição de Gestão Plena do sistema municipal, estabelecida pela NOB 96, aproxima-se, de modo geral, a da Gestão Semiplena da NOB 93 (BRASIL 1993). Ou seja, as duas condições de gestão conferem aos municípios a competência pela promoção dos serviços de saúde existentes em seu território. Por isso, ganham na sua totalidade transferências automáticas do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde, em substituição à lógica de pagamento por realização de serviços, do gestor federal direto aos prestadores. É correto afirmar que as competências da Gestão Plena do sistema municipal tiveram um ajuste no momento particular da implementação do SUS.

#### **4. EFICIÊNCIA TÉCNICA E SOCIAL**

Em geral, a eficiência define-se como a competência (de uma pessoa, máquina, técnica ou empreendimento) de alcançar o melhor desempenho com o mínimo de falhas, energia, tempo, dinheiro, mão de obra, materiais, máquinas ou, simplesmente, meios (HOUAISS, 2001). Nas palavras de Peña (2008, p.83), eficiência é a “combinação ótima dos insumos e métodos necessários (entradas) no processo produtivo de modo que gerem o máximo de produto (saída)”. Nesse sentido, a eficiência é a comparação entre a quantidade de produtos que foram produzidos e a quantidade de produtos que poderiam ter sido produzidos, dado um determinado nível de insumos.

No presente artigo, a abordagem da eficiência deteve-se na avaliação do desenvolvimento de alguns indicadores de estrutura, resultado e de controle público da gestão

no município. Os indicadores foram classificados, segundo a metodologia utilizada e adaptada por Draibe (1999), conforme dois tipos de eficiência da gestão descentralizada: a eficiência técnica e a eficiência social.

Segundo Gropello e Cominetti (1998), o primeiro tipo, referente à eficiência técnica, tem relação com a produção de um resultado específico. Isto é, se o resultado produzido atinge a “fronteira das possibilidades produtivas”, o que exige o uso mais adequado e a melhor combinação dos recursos para se alcançar um determinado resultado. A prestação de serviços municipal será mais eficiente se a fronteira dessas possibilidades for ampliada.

Os indicadores específicos de eficiência técnica foram alocados em dois eixos principais: estrutura e resultado. Os indicadores de resultados considerados dizem respeito à dimensão das taxas de mortalidade. Conforme o Quadro 1:

**Quadro 01-** Eficiência Técnica.

Indicadores de Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gasto per capita do SUS com recursos municipais;</li> <li>- transferências federais do SUS <i>per capita</i>;</li> <li>- unidades ambulatoriais por mil habitantes;</li> <li>- unidades hospitalares por mil habitantes;</li> <li>- leitos por mil habitantes;</li> <li>- médicos por mil habitantes;</li> <li>- enfermeiros por mil habitantes.</li> </ul>
Indicadores de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taxa de mortalidade geral;</li> <li>- taxa de mortalidade infantil;</li> <li>- taxa de mortalidade neonatal;</li> <li>- taxa de mortalidade pós-neonatal;</li> <li>- taxa de mortalidade perinatal;</li> <li>- taxa de mortalidade por acidentes de transporte;</li> <li>- taxa de mortalidade por AIDS</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Mendes (2005)

De acordo com Gropello e Cominetti (1998), o segundo tipo de eficiência considerado é a eficiência social que trata dos movimentos em torno da fronteira das capacidades produtivas, ligados à definição de uma diferente formação de resultados, com seu equivalente no pacto de insumos. Nesse contexto, tais resultados retratam os valores dos indivíduos, ou da comunidade de indivíduos considerados. O entendimento aplicado atinge à proporção que abarca, de forma mais distinta, os novos espaços e canais de participação social dos usuários do SUS implementados na política de saúde do município em gestão plena do sistema.

Dessa maneira, prioriza-se a análise a respeito da quantidade de conferências municipais realizadas, de um lado, e, de outro, do Conselho Municipal de Saúde, com abordagem exclusiva para o segmento dos usuários, sob três aspectos: 1) a observância de regime de paridade dos usuários no Conselho Municipal de Saúde; 2) o seu número de representantes e 3) os tipos de entidades que representam. Esses indicadores permitem avaliar a dimensão da participação da comunidade no processo de decisão da política pública.

## 5. MÉTODO

Nesse momento, faz-se importante explicar os procedimentos metodológicos que foram utilizados para a realização do presente estudo. A pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa documental da eficiência técnica e social da implementação da Gestão Plena no sistema municipal de saúde de Sant’Ana do Livramento/RS. Para Gil (2012), a pesquisa documental é usada por quase todas as ciências sociais, pois apresenta muitas semelhanças com a pesquisa bibliográfica, mas a principal diferença está na natureza das fontes. A pesquisa documental fundamenta-se em documentos, desenvolvidos para varias finalidades.

Ainda de acordo com Gil (2010), a forma mais comum de documento é a de um texto escrito em papel, mas hoje está cada vez mais comum encontrar documentos eletrônicos disponíveis nos mais variados formatos. A partir disso, considera-se o e-mail como sendo um documento eletrônico, por exemplo. Segundo Gil (2010, p. 31), “o conceito de documento, por sua vez, é bastante amplo, já que este pode ser constituído por qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento”.

A coleta de dados ocorreu de duas formas. A partir da coleta de dados secundários retirados diretamente dos sistemas DATASUS, TABNET, Portal BI Público, SISPACTO (sistema que permite o registro de metas pactuadas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal), através da lei de acesso a informações, e também a partir de documentos sobre a realização de conferências municipais de saúde. A seguir, o Quadro 02 demonstra os indicadores técnicos e sociais objetos de análise.

**Quadro 02-** Indicadores técnicos e sociais objetos de análise.

<b>Tipo de Eficiência</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fonte</b>
Técnica	-gasto per capita do SUS com recursos municipais; -transferências federais do SUS <i>per capita</i> ; -unidades ambulatoriais por mil habitantes; -unidades hospitalares por mil habitantes;	Portal BI Público, Secretaria Municipal de Saúde, através da Lei de acesso à informação.
	- leitos por mil habitantes; - médicos por mil habitantes; -enfermeiros por mil habitantes. -taxa de mortalidade geral; -taxa de mortalidade infantil; -taxa de mortalidade neonatal; -taxa de mortalidade pós-neonatal; -taxa de mortalidade perinatal; -taxa de mortalidade por acidentes de transporte; - taxa de mortalidade por AIDS	DATASUS e SISPACTO (sistemas que permitem o registro de metas pactuadas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal) e Portal BI Público.
Social	1) a observância de regime de paridade dos usuários no Conselho Municipal de Saúde; 2) o seu número de representantes e 3) os tipos de entidades que representam. 4) Número de Conferências realizadas	Secretaria Municipal da Saúde Lei de acesso à informação

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Mendes (2005)

O processo de análise de dados, para Diehl e Tatim (2004), consiste em organizar os dados coletados para que eles possam ser interpretados pelo pesquisador. Assim, será analisada a gestão municipal mais descentralizada qualificada da Gestão Plena do sistema no município de Sant’Ana do Livramento, entre 2014 e 2018, com a finalidade de verificar se ocorreu melhora da eficiência técnica e social do sistema municipal de saúde.

A partir dos dados coletados, será criada uma linha do tempo com a evolução dos indicadores de estrutura, resultado e social, entre 2014 e 2018, para uma melhor visualização de sua evolução. Para os dados de eficiência técnica, será feita uma comparação com a média nacional. Já os dados de eficiência social serão analisados em relação ao seu comportamento ao longo dos anos pesquisados, relativo à evolução dos seus resultados como mecanismos de ampliação da participação da sociedade.

Para o desenvolvimento da análise de dados, foi identificado como melhor método a análise de conteúdo, que é definida por Berelson apud Gil (2008, p. 152) como sendo, “uma técnica de investigação que, através de uma decisão objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação das mesmas comunicações”.

Dessa forma pode-se dizer que a análise de conteúdo “é um conjunto de instrumentos metodológicos cada dia mais aperfeiçoados que se aplicam a discursos diversos” (RICHARDSON, 2012). É a análise aplicada para estudar um material de tipo qualitativo, pela sua natureza científica. Nesse sentido, deve ser precisa, eficaz e rigorosa. Significa aprofundar-se em suas características a fim de tentar compreender melhor um discurso e extrair os dados mais importantes.

## **6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

A partir do exposto, apresentam-se as discussões, análises e resultados a partir dos dados coletados. Ela se divide em dois aspectos de análise da implementação da Gestão Plena em Sant’Ana do Livramento. O primeiro aspecto a ser analisado é a implementação da Gestão Plena e da eficiência técnica que se divide em indicadores de estrutura e resultado. Por último, o aspecto a ser analisado é a eficiência social.

### **6.1 A IMPLEMENTAÇÃO**

A descentralização, que é um princípio basilar da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se uma alternativa para municípios de médio e grande porte, seu funcionamento permite maior autonomia as gestões na tomada de decisões para planejar, contratar e fiscalizar o bom funcionamento de serviços.

Nesse processo de descentralização, surge a Norma Operacional Básica 96 que traz várias medidas de gestão descentralizada, entre elas o modelo de Gestão Plena, que compreende a gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde, vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único.

O município de Sant’Ana do Livramento passava por uma grande crise na saúde pública em 2015, principalmente no hospital Santa Casa, responsável pelo atendimento SUS no município. Por isso, o gestor da cidade teve de intervir no gerenciamento do hospital, via Decreto 7383/2015, cujos “considerandos” espelham a imprescindibilidade da continuidade de serviços médicos disponibilizados à comunidade. No mesmo período, conforme ampla divulgação nos diversos meios de comunicação, o Estado do Rio Grande do Sul realizou cortes no orçamento do município, valores de R\$ 2.121.061,56/ano, atingindo diversos serviços públicos essenciais, não sendo poupados os serviços de saúde.

A medida estadual acarretou a redução de repasses e o imediato comprometimento do financiamento das ações de saúde e das decorrentes obrigações com o setor, tanto em relação aos repasses diretos aos municípios quanto ao pagamento dos serviços prestados por instituições privadas sem fim lucrativos.

Assim, conforme Resolução CIB/RS nº 051 de 15 de Março de 2016, republicada no D.O.E em 17 de Março de 2016, o município Sant’Ana do Livramento-RS, retificou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, onde ficava estabelecida a responsabilidade do gestor municipal no processamento da produção, contratação e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares com recursos da Média e Alta Complexidade- MAC e do Fundo de Ações Estratégicas – FAEC, a partir da competência de Abril/2016. Os incentivos estaduais estão disciplinados pelo Estado, através do ofício DAHA nº 23/16 DAHA/SES de 19 de Fevereiro de 2016.

A assunção do município na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, bem como a contratualização dos serviços de saúde do hospital Santa Casa foram aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde através da ata 02/2016 de 02/02/2016.

## 6.2 EFICIÊNCIA TÉCNICA.

Nesse contexto de implementação da Gestão Plena, torna-se pertinente apresentar as discussões, as análises e os resultados da eficiência técnica, através dos indicadores de estrutura e resultado. Para melhor visualizar os dados coletados foi elaborada uma tabela com distribuição dos números:

**Tabela 01-**Indicadores de estrutura e resultado entre 2014 e 2018.

Indicadores	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Estrutura</b>					
Gasto <i>per capita</i> Sus c/ Rec.Munic.	196,12	242,26	239,06	317,46	366,39
Transferência Federal SUS <i>per capita</i>	104,22	112,52	190,60	219,25	270,63
Unidades ambulatoriais por mil hab.	1,68	1,80	1,57	1,70	1,67
Unidades hospitalares por mil hab.	1,20	1,20	1,21	1,21	1,28
Leitospor mil habitants	1,20	1,20	1,30	1,30	1,30
Médicospor mil habitants	1,20	1,30	1,20	1,20	1,30
Enfermeirospor mil habitants	6,84	6,26	6,77	7,65	8,48
<b>Resultado</b>					
Taxa de mortalidade geral (a)	8,92	8,71	8,93	8,69	8,80
Taxa de mortalidade infantil (b)	10,66	7,54	12,63	15,47	14,25
Taxa de mortalidade neonatal (c)	7,10	2,51	8,41	7,28	10,69
Taxa de mortalidade pós-neonatal (d)	4,44	5,86	7,56	10,91	3,56
Taxa de mortalidade perinatal (e)	20,42	15,92	21,86	15,46	22,26
Taxa de mort.por acid.de transporte (f)	1,32	1,44	1,57	6,33	1,54
Taxa de mortalidade por AIDS (g)	7,50	6,25	12,41	7,48	7,48

Notas: Tabela elaborada pelo autor. (a)Taxa de mortalidade geral por mil habitantes; (b) Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos; (c) Taxa de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos; (d) Taxa de mortalidade pós-neonatal por mil nascidos vivos; (e) Taxa de mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos; (f) Taxa de mortalidade por acidentes de transporte (g) Taxa de mortalidade por AIDS, por mil habitantes.

### 6.2.1 INDICADORES DE ESTRUTURA

Com base nos dados apurados na pesquisa, nota-se que o Gasto *per capita* SUS com Recurso Municipal no município de Sant'Ana do Livramento-RS apresenta evolução de 2014 a 2018. Isso vem ao encontro com um dos princípios basilares do SUS, que é a descentralização político-administrativa. Nesse processo, a gestão da saúde local passa acontecer em sua integralidade no município.

Dessa forma, pode-se entender que a implementação da Gestão Plena contribui para esse crescimento de gastos conforme a sua normatização. Em razão da NOB 96, que regulamenta a Gestão Plena, os municípios passam a ganhar na sua totalidade transferências automáticas do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL,1996).

De 2014 a 2018, verifica-se um aumento real de gasto de 70,42%, chegando no último ano a um valor aproximado de R\$ 366,39. O cálculo do gasto *per capita* SUS com Recurso Municipal é feito com base no gasto total com saúde, dividido pela estimativa populacional para o período, divulgada pelo IBGE.

Nesse sentido, é necessário destacar que esse aumento acontece ao mesmo tempo em que a estimativa populacional, segundo o IBGE, passa de 83.324 em 2014 para 77.763 em

2018. Assim, percebe-se um aumento de gasto, mas também uma redução da população, o que aparenta maior proporção desse indicador.

O aumento de gasto condiz com a normatização da Gestão Plena que prevê a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, relativo a todos os serviços de saúde existentes no município a partir de um processo descentralizado.

Percebe-se que houve um aumento da Transferência Federal *per capita* para o município de Sant'Ana do Livramento-RS, em virtude de que na condição de Gestão Plena o município faz o gerenciamento de todos os recursos SUS aplicados em seu território, em substituição à lógica de pagamento por realização de serviços do gestor federal direto aos prestadores. Na prática, é o município que passa a organizar os serviços prestados em seu território, conforme prevê a Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, dispendo sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL,1990).

Os recursos são repassados diretamente do fundo nacional de saúde para o fundo municipal. Esse processo faz com que os pagamentos sejam efetuados pela gestão Municipal, assim como o controle e auditoria dos mesmos.

O que justifica o salto das transferências federais per capita, no município, de R\$104,22 em 2014 para R\$270,63 em 2018. Nesse modelo de gestão, a União dá a possibilidade aos municípios de participarem da gerencia dos recursos, o que faz também com que tenham uma maior autonomia na hora de decidir onde o dinheiro será gasto, elegendando prioridades.

No entanto, salienta-se que o aumento da responsabilidade do município com a gestão desses recursos, na Gestão Plena. . Para compreender esse processo de gestão, foi feita a análise da estrutura física e profissional existente.

As unidades ambulatoriais que são responsáveis pelos atendimentos eletivos, ou seja, que são realizados em consultórios e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se mantiveram operando com a estrutura existente, sem muito crescimento ou redução. O que pode ser compreendido é que o município buscou esse modelo de gestão por não comportar mais financeiramente a estrutura existente, recorrendo a esse modelo para não fechar serviços.

Percebe-se então uma falha no processo de construção da política de saúde. Para Lucchese(2004, p.3), as políticas públicas podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. Entende-se assim a necessidade de um maior planejamento das ações de gestão e não apenas manter a estrutura. Torna-se importante pensar a estrutura em longo prazo. Nesse sentido, é possível entender que houve um aumento de recursos aplicados no município, porém a organização e o serviço prestado mantiveram-se iguais.

A partir do processo de criação de uma política pública que prevê o planejamento, é possível identificar uma falha de planejamento, pois mesmo com o aumento de recursos, a estrutura não acompanhou esse crescimento financeiro, conforme se pode analisar a partir do caso do hospital Santa Casa.

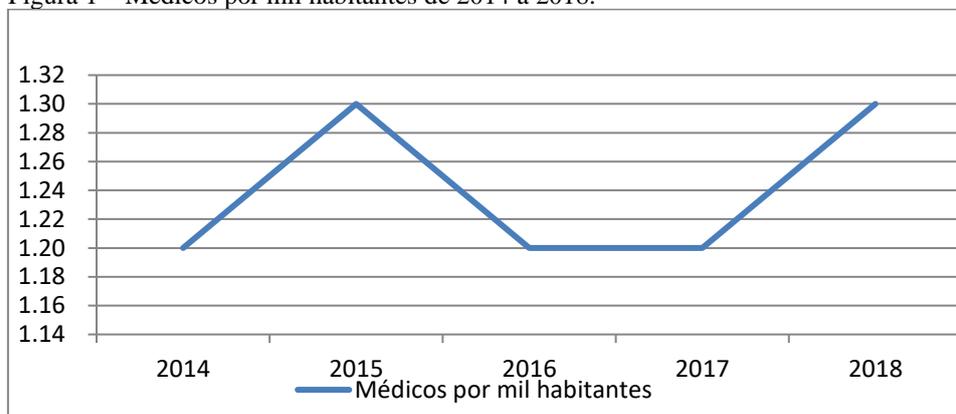
O Município de Sant'Ana do Livramento/RS tem na Santa Casa de Misericórdia o seu único hospital que atende pelo Sistema Único de Saúde. Nele, atende-se também a rede particular por ser uma associação filantrópica, mas o SUS é a sua principal base de subsistência.

No período pesquisado, o número de leitos não sofreu variação significativa, mantendo a mesma quantidade com a qual já se vinha operando. O que pode ser compreendido a partir do fato de que o hospital passa por uma intervenção do município em sua gestão conforme o Decreto municipal 7383/2015. Isso porque a instituição estava sob o

risco de fechar as suas portas. Então, o município passa a aplicar recursos no hospital para que este mantenha o funcionamento dos serviços em saúde, o que acaba impedindo maiores investimentos.

A Figura 1 apresenta a evolução do indicador de médicos por mil habitantes de Sant’Ana do Livramento no período de 2014 a 2018.

Figura 1 – Médicos por mil habitantes de 2014 a 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Percebe-se na Figura 1 que houve uma oscilação considerável no período, passando por uma redução de 7,69% em 2015 para 2016. Uma das competências na condição de Gestão Plena refere-se à contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, relativos a todos os serviços de saúde existentes no município, incluindo os profissionais médicos, principalmente os especialistas.

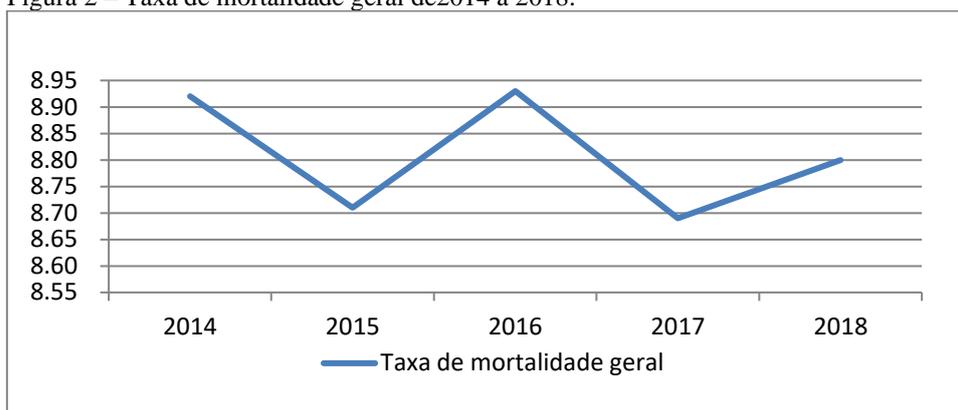
A redução pode ser compreendida pela possibilidade da gestão realizar uma reorganização dos serviços, pois, no ano que acontece a redução, o município havia acabado de assumir a Gestão Plena e também a gestão do hospital Santa Casa.

O número de enfermeiros por mil habitantes se manteve durante o período, pode-se perceber apenas um crescimento de 10,85% em 2018. A normatização da Gestão Plena prevê a elaboração da programação municipal relativa a todos os serviços de saúde existentes. Nesse sentido, pode-se entender que esse aumento em 2018 é uma reorganização do serviço com o aumento de profissionais, atendendo na rede municipal de saúde.

## 6.2.2 INDICADORES DE RESULTADO

Os indicadores de resultado referem-se às taxas de mortalidade. Para realizar a análise dessas taxas, foi feito um comparativo com a média nacional, conforme documentos disponibilizados na página do Ministério de Saúde. A Figura 2 apresenta a evolução do indicador de taxa de mortalidade geral de Sant’Ana do Livramento no período de 2014 a 2018.

Figura 2 – Taxa de mortalidade geral de 2014 a 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Percebe-se na Figura 2, de 2014 a 2018, uma grande oscilação da taxa de mortalidade geral para o período. A média nacional para o período se manteve em 6,54, o que descreve que o município ficou acima da média nacional (BRASIL 2018). Entende-se que um dos fatores que influenciaram esses resultados foram a estimativa populacional que diminuiu 6,76% ao longo do período, segundo o IBGE.

Na taxa de mortalidade infantil, há um aumento de 67,55%, de 2015 para 2016, período de implementação da Gestão Plena no município, ficando em 12,63. Índice que se manteve abaixo da média nacional que, para o mesmo ano, foi de 13,3 (BRASIL 2016). A mortalidade infantil é considerada um indicador da situação de saúde das populações. É utilizada para a definição de políticas públicas direcionadas à saúde infantil. Por isso, o controle desse índice é constante, bem como o processo de avaliação das taxas no sentido de que se possa propor ações que venham a melhorar os números da mortalidade infantil.

Houve também um aumento, no período analisado, da taxa de mortalidade neonatal que passou de 7,10 em 2014 para 10,69. Dentro desse período, as grandes oscilações em 2015, por exemplo, ficaram em 2,51, muito abaixo da média nacional que foi de 9,4.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o uso desse indicador está ligado ao monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado ao pré-natal, do parto ao recém-nascido. Percebe-se uma atenção nesse monitoramento, que deve ocorrer constantemente na gestão municipal, criando mecanismos para controlar esse indicador a fim de uma melhor produção de políticas públicas.

A taxa de mortalidade pós-neonatal apresentou um aumento de 31,98% de 2014 para 2015 e de 29,6% em 2016, a média nacional era de 4,3 no mesmo ano. No município de Sant'Ana do Livramento, a taxa era de 7,56, ficando acima da média nacional. Na taxa de mortalidade perinatal, não houve muita variação no período, passando de 20,42 em 2014 para 22,26 em 2018.

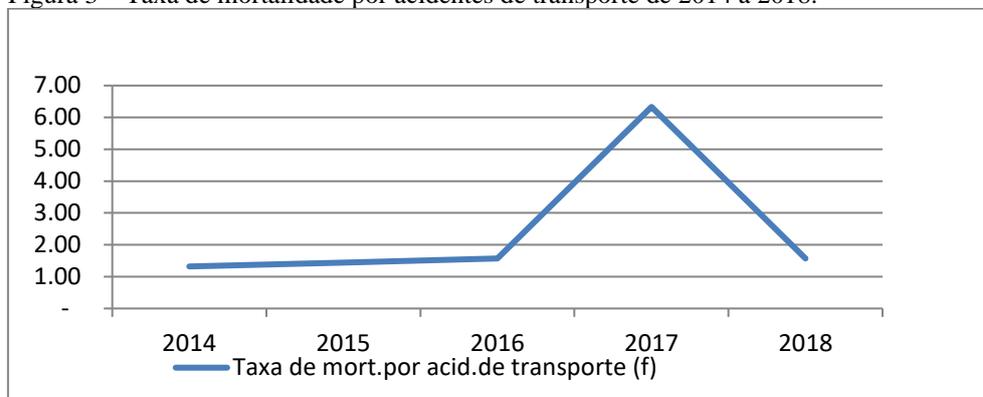
No Brasil, estima-se que cerca de 60% dos óbitos neonatais ocorram por causas evitáveis (BRASIL, 2009). As principais causas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoces estão relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto.

A lei que regulamenta a Gestão Plena prevê a execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária e epidemiológica, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas — acidentes, violências e outras.

O município assume a responsabilidade pelo controle desses indicadores, na responsabilidade sobre o desempenho e melhoria na construção de alternativas para viabilizar

a saúde em seu território. A Figura 3 apresenta a evolução do indicador de taxa de mortalidade por acidente de transporte de Sant’Ana do Livramento-RS no período de 2014 a 2018.

Figura 3 – Taxa de mortalidade por acidentes de transporte de 2014 a 2018.

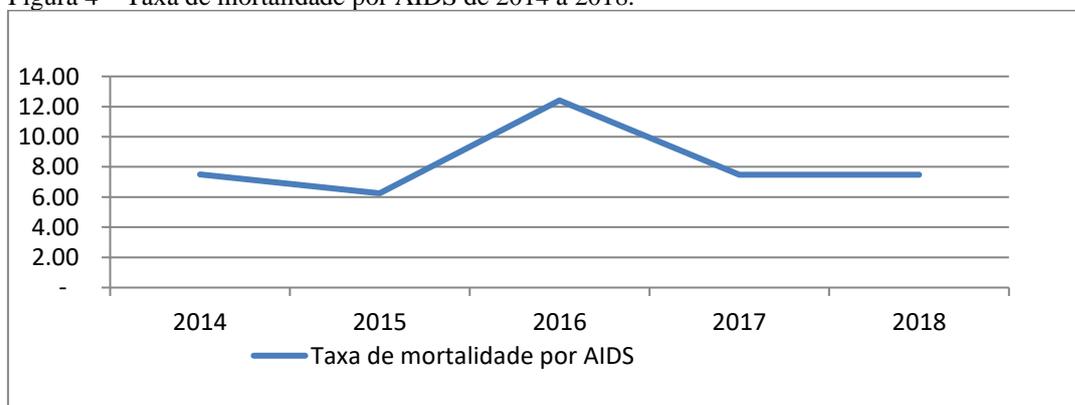


Fonte: Elaborado pelo autor.

Percebe-se na Figura 3 um aumento de 303,18% no número de mortes por acidentes de transporte de 2016 para 2017, saindo de 1,57 para 6,33, abaixo da média nacional. Esse indicador está ligado à prevenção e ao trabalho em rede, juntamente com a Secretaria de Transito. A prevenção é o principal fator que influencia esse indicador que precisa de atenção especial por parte dos gestores na formulação das políticas públicas.

A Figura 4 apresenta a evolução do indicador de taxa de mortalidade por AIDS em Sant’Ana do Livramento no período de 2014 a 2018.

Figura 4 – Taxa de mortalidade por AIDS de 2014 a 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Figura 4, percebe-se um aumento de 98,56% de 2016 para 2017, chegando a 12,41. A média nacional para o mesmo período foi de 4,8. Percebe-se que esse indicador, assim como o anterior, está relacionado à prevenção. O município conta com um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que atende os pacientes com AIDS.

## 6.2. EFICIÊNCIA SOCIAL

A análise da eficiência social foi feita a partir do número de conferências municipais de saúde realizadas e do Conselho Municipal de Saúde, com abordagem exclusiva para o

segmento dos usuários, sob três aspectos: 1) a observância do regime de paridade dos usuários no Conselho; 2) o seu número de representantes e 3) os tipos de entidades.

Na realização de conferências municipais de saúde, encontra-se o registro de apenas uma seção realizada no período analisado, de 2014 a 2018. Essa conferência foi realizada no ano de 2018. Nota-se que as conferências são fundamentais para o processo de avaliação das políticas públicas em saúde. Trevisan e Van Bellen (2008) destacam que o resultado das avaliações serve para divulgar e fomentar o debate público sobre as alternativas de políticas públicas a fim de melhorar a realidade social.

Com isso, é preciso analisar os meios de participação na gestão, pois a tomada de decisão do gestor precisa ir ao encontro com a real necessidade da população. Nesse sentido, quando o município assume uma maior autonomia na gestão é preciso pensar canais de participação social.

Percebe-se ainda que durante que no ano de implementação da Gestão Plena o município não passou por nenhuma conferência, que é o processo de participação mais amplo, onde a população é chamada para pensar a política de saúde para o próximo período. Logo, entende-se que o debate acerca do tema não foi levado à comunidade.

O Conselho Municipal Saúde de Sant'Ana do Livramento é composto, atualmente, por vinte e quatro entidades, sendo cada entidade representada por dois conselheiros, um titular e outro suplente. Conforme o Regulamento Interno do CMSSL, determinado pela Lei Municipal nº5.955/11, os representantes devem ser distribuídos em 25%, tanto do governo quanto dos prestadores de serviços. 25% dos profissionais da saúde e 50% dos usuários. A mesma paridade dos segmentos é respeitada também para compor a mesa diretora e para formar a comissão permanente do Conselho.

Percebe-se que o regime de paridade entre governo, prestadores de serviços e sociedade civil fortalece a participação, pois tudo que diz respeito à saúde pública no município passa pelo Conselho, tornando-o um canal de participação fundamental para que as demandas da comunidade cheguem até a gestão.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste artigo, procurou-se analisar a implementação da Gestão Plena. A partir da eficiência técnica e social, descreveu-se essa implementação e analisou-se a evolução de indicadores de estrutura, resultado e controle público da gestão de saúde no município de Sant'Ana do Livramento-RS, tendo como referência os anos de 2014 a 2018.

O referencial teórico trouxe a legislação sobre o tema central do estudo e também subsidiou a análise das políticas públicas na área da saúde e a sua avaliação. Nesse sentido, apresentou-se conceitos teóricos sobre eficiência técnica e social.

Na análise de implementação, foi identificado como principal motivo para o referido município aderir a esse modelo de gestão a crise enfrentada pelo hospital Santa Casa, pois estava sem receber recursos do governo do estado, e sob o risco de fechar as portas. Por isso, a gestão municipal precisou interferir na instituição a fim de buscar novas formas de aportar recursos para área da saúde.

Com base no processo de análise dos indicadores de estrutura, percebe-se que houve uma busca por manter a estrutura já existente, com a intenção de não diminuir a prestação dos serviços oferecidos à população, mas sem um investimento real em melhorias. Por isso, conclui-se que não houve uma grande mudança nas taxas de mortalidade, pois estas mantiveram os seus números, salvo alguns casos específicos.

A participação social, através do conselho municipal de saúde, manteve seu quadro de paridade durante o período analisado. Isso porque foi realizada apenas uma conferência de saúde. Assim, percebe-se que os canais de participação social não tiveram aumento.

Houve um ganho real do município em recursos, aumentando a sua receita e responsabilidade na gestão de um processo descentralização por parte da União. Porém, esses recursos vem para suprir uma crise enfrentada na área da saúde do município de Sant'Ana do Livramento, o que inviabiliza maiores investimentos para melhorias da qualidade dos serviços prestados à população.

Desse modo, sugere-se como melhoria para a Secretaria de Saúde de Sant'Ana do Livramento-RS a necessidade de um planejamento maior para investimentos em saúde, respeitando processos de avaliação da gestão, com objetivo de aumentar a quantidade de serviços prestados. Nesse sentido, torna-se preciso um maior controle de seus indicadores, a fim de buscar mecanismos para melhorá-los, principalmente, em relação à participação social, aumentando os canais de diálogo e interação. Somente assim será possível aproximar os usuários da gestão da área de saúde pública.

Como limitação, salienta-se o acesso aos dados de documentos e informações disponibilizados pela gestão municipal. Para estudos futuros, sugere-se uma pesquisa para entender o processo de planejamento da gestão municipal de saúde, além de um estudo sobre o comprimento das demandas levantadas nas conferências realizadas pelo município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, S.; BOULLOSA, R. F. O Estudo dos instrumentos de políticas públicas: uma agenda em aberto para experiências de migração de escala. **AOS - Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v.2, n.1, jan./jun. 2013.

BRASIL. SENADO FEDERAL. . **Constituição**. Brasil, 1988. (Art.196).

BRASIL. Portaria nº 384, de 4 de abril de 2003. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384\\_04\\_04\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384_04_04_2003.html)> Acesso em 15/04/2019.

BRASIL, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Ministério da Saúde. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011.** Disponível em:<[https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600025&lang=pt](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600025&lang=pt)> Acesso em: 18/03/2019.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)> Acesso em: 21/10/2019.

COSTA, Juvenal Soares Dias, BUTTENBENDER, Doris Clarita, HOEFEL, Ana Lucia, SOUZA, Leonardo Lemos ,2009. **Hospitalização por condições sensíveis a atenção á primaria nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil** . Disponível em: <<https://www.scielosp.org/scielo.php?pid>> Acesso em 13/03/2019.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5,p. 969-992, set./out. 2003.

DRAIBE, Sônia Miriam. **As políticas sociais nos anos 90**. In: BAUMANN, R. (Org.). **Brasil: uma década em transição**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DRUMOND, A.; SILVEIRA, S.; SILVA, E. Predominância ou coexistência? Modelos de administração pública brasileira na Política Nacional de Habitação. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.3-25, 2014.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, out. 2005.

FREY, K. **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Ipea - **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p.211-259, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2010;

GROPELLO, Emanuela; COMINETTI, Rossella. **La descentralización de la educación e la salud**: un analisis de la experiencia latinoamericana. Santiago del Chile: Cepal, 1998.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2001.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LUCCHESI, P. Políticas públicas em saúde. **Espaço de Gestão**. São Paulo: BIREME, 2004. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese Politicass\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf)>. Acesso em: 20 maio. 2019.

MENDES, Áquilas Nogueira. **FINANCIAMENTO, GASTO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. 428 f. Tese (Doutorado) - Curso de Economia, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/285934/1/Mendes\\_AquilasNogueira\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/285934/1/Mendes_AquilasNogueira_D.pdf)> Acesso em: 13/03/2019.

PEÑA, Carlos Rosano. Um modelo de avaliação da eficiência da administração pública através do método análise envoltória de dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 1, p. 83–106, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al.). **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. Ed. – 14. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2012.

Revista **COSEMSRS**, Porto Alegre, Edição 11, 2016.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SOUZA, C. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº

16, jul./dez. 2006, p. 20-45. DYE, T.D. Understanding Public Policy. **Englewood Cliffs**, N.J.; Prentice hall, 1984.

TREVISAN, A.P.; VAN BELLEN, H.M. **Avaliação de políticas públicas**: uma revisão teórica de um campo em construção. Rio de Janeiro 42(3):529-50, mai./jun., 2008.