



POLÍTICAS PÚBLICAS NO SETOR DE SAÚDE: MUDANÇAS, TENDÊNCIAS E DESAFIOS SOB A PERSPECTIVA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA¹

PUBLIC POLICIES IN THE HEALTH SECTOR: CHANGES, TRENDS AND CHALLENGES FROM THE PERSPECTIVE OF PUBLIC ADMINISTRATION

POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD: CAMBIOS, TENDENCIAS Y DESAFÍOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Isabela Braga da Matta
Universidade Federal de Viçosa
Email: isabelabragadamatta@gmail.com

Marco Aurélio Marques Ferreira
Universidade Federal de Viçosa
Email: marcoarelio@ufv.br

Edson Arlindo Silva
Universidade Federal de Viçosa
Email: edsonsilva@ufv.br

Resumo:

À luz dos principais modelos de administração pública, esse trabalho discute as mudanças ocorridas na saúde pública no Brasil de forma crítica. Pretendendo verificar como as mudanças nos paradigmas da gestão pública influenciaram as políticas públicas de saúde, tomando como referência a evolução dos modelos conceituais clássicos. Foi utilizada uma metodologia qualitativa fazendo uma digressão histórica sobre os modelos vigentes no Brasil e sobre o funcionamento do sistema de saúde. Percebe-se uma evolução na saúde de acordo com as alterações nos paradigmas principalmente relacionadas ao papel do Estado, que passa prestar serviços à população da forma mais eficiente e procura ao longo das reformas a participação da sociedade para melhorar essas políticas.

Palavras chave: Saúde Pública, Reformas Governamentais, Políticas de Saúde.

Abstract:

Based on the characteristics of the public administration models, this study proposes to discuss the changes in the health public sector in Brazil. It aimed to verify how these changes, especially in the paradigms of public management affected the public policies of health, by discussing the evolution of the classic conceptual models of public management. A qualitative approach was used by conducting a historical digression on the current models in Brazil, mainly on the aspect of the Brazilian health system. There was progress in health according to the alterations in the paradigms, especially concerning the role played by the state, which starts to provide services to the population more efficiently and creates mechanisms to improve the participation of the citizens throughout the reforms.

Key Words: Public Health, Government Reform, Health Policy.

Resumen

A la luz de los principales modelos de la administración pública, en este trabajo se analizan los cambios en la salud pública en Brasil de manera crítica. Con la intención de establecer cómo los cambios en los paradigmas de la gestión pública influir en las políticas de salud pública en relación con la evolución de los modelos conceptuales clásicas. Una metodología cualitativa se utilizó haciendo una digresión histórica sobre los modelos actuales en Brasil y en el funcionamiento del sistema de salud. Se nota una evolución en la salud de acuerdo con los cambios en los paradigmas sobre todo relacionados con el rol del Estado, encargada de prestar

¹ Submetido em 19 de setembro de 2013. Aceito em 04 de junho de 2013. O artigo foi avaliado segundo o processo de duplo anonimato além de ser avaliado pelo editor. Editores responsáveis: Márcio Augusto Gonçalves e Lucas Maia dos Santos. Reprodução parcial ou total e trabalhos derivativos permitidos com a citação apropriada da fonte.

servicios a la población de la manera más eficiente y con vistas a la participación de la sociedad reforma para mejorar estas políticas.

Palabras clave: Público, de Reforma del Gobierno, Salud Política de Salud

1 INTRODUÇÃO:

A Constituição de 1988 criou estrutura de governança e ambiente político para promover as mudanças e políticas públicas ativas, de forma que essas ações atuaram como inclusão das pessoas marginalizadas (SILVA, 2009). Nesse sentido, os serviços prestados pelo Estado também sofreram alterações, como a saúde pública, que hoje atua considerando o cidadão na sua totalidade, no sentido de superar a fragmentação das políticas (PASCARELLI FILHO, 2011) com um caráter integral e participativo.

As mudanças proporcionadas Constituição mostram que as reformas administrativas da administração pública determinaram, em cada época, a postura do Estado perante a população. Modificando princípios vigentes e determinando aspectos importantes sobre a forma com que o Estado se relaciona com a população, garantindo seus direitos, fomentando políticas e voltando suas ações principalmente para a melhoria do seu bem estar.

No Brasil, as reformas administrativas aconteceram na transição entre os modelos predominantes de administração pública: Administração Patrimonialista, Burocrática e Gerencial. Esses modelos vêm sendo estudados por diversos autores que destacam suas principais características, suas limitações e como aconteceram as reformas administrativas. Dentre eles destaca-se Weber (2009) que explica como as formas de dominação podem estar presentes nos modelos administrativos. Paula (2005,2007) que retrata o gerencialismo e propõe um modelo em ascensão. Faoro (2001) destacando o modelo Patrimonialista, Bresser-Pereira e Spinks (2005) que estudam principalmente o processo de transição entre o modelo Burocrático e o Gerencial, com o foco na reforma e Costin (2010) que estuda a administração pública, expondo todos os modelos.

Além desses modelos predominantes, um quarto modelo vem sendo discutido, o Modelo Societal. Ele apresenta algumas características marcantes na atual administração pública, porém ainda não é o modelo predominante. É apresentado por Paula (2005), que propõe uma administração pública com a participação popular institucionalizada em seus processos.

As mudanças nas políticas públicas de saúde, que ocorreram ao longo dos modelos administrativos, afetam diretamente a qualidade de vida da população e provocam mudanças em outras áreas tais como saneamento básico, urbanização, epidemias, entre outras, considerando o caráter integral das políticas de saúde. E tendo em vista a importância dessas políticas e a grande diferença do seu papel durante essas mudanças, esse estudo se objetiva a verificar como as mudanças nos paradigmas da gestão pública influenciaram direta ou indiretamente as políticas públicas de saúde, tomando como referência a evolução dos modelos conceituais clássicos da administração pública.

Assim, tem-se como objetivos específicos realizar uma digressão histórica dos modelos administrativos, visando a evolução dos modelos conceituais básicos; a descrição dos programas de saúde durante o período de vigência de cada um deles; e as principais mudanças nas políticas públicas de saúde.

Para isso foram consultados autores clássicosⁱ que tratam das reformas administrativas e documentos que descrevem os programas de saúde vigentes no Brasil em cada uma delas, bem como em cada modelo vigente. O trabalho apresenta no referencial teórico um breve histórico da saúde pública no Brasil, destacando o funcionamento dos programas atuais e expõe as principais características dos modelos de administração pública, destacando os períodos em que foram predominantes. No desenvolvimento, procurou-se evidenciar a relação

entre as características do sistema de saúde com os modelos que vigoravam através de quadros que expõe as principais características de cada modelo de administração pública presente no Brasil e as principais características do sistema de saúde brasileiro em cada um desses modelos. A sessão 4 conclui o trabalho com as limitações e as sugestões para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O direito à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988, onde o Estado assume o dever de cumprir essa garantia “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, Art. 196). Ainda, para Campos (2004) o direito à saúde está atrelado a outras obrigações do Estado relativas ao bem estar da população, garantindo a sua efetivação.

Através dessa Constituição foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90) que tornou obrigatório o atendimento gratuito a qualquer cidadão, sendo financiado com recursos do Governo Federal, Estadual e Municipal. Assim, suas diretrizes englobam a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade” (BRASIL, 1988, Art. 198). A assistência prestada pelo SUS é livre à iniciativa privada, e ele assegura o direito da população a exames, consultas, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde Vinculadas.

As características de negociação e financiamento do SUS foram fortalecidas no início de 2006 com a aprovação de um pacote de medidas conhecidas como Pactos pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Essas reformas representaram o primeiro passo para uma importante mudança nas relações entre federação, estados e municípios na área da saúde (SANTOS, 2011, p. 14).

Antes da Constituição de 1988, o Estado não garantia o direito à saúde. Assim, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ([INAMPS](#)) era o responsável pela assistência média dos empregados que contribuíssem com a [previdência social](#). A população em geral era atendida por serviços [filantrópicos](#) e poderiam recorrer a serviços médicos pagos, além de alguns institutos e órgãos do governo responsáveis por algumas áreas da saúde, como o Instituto Oswaldo Cruz, que tinha a condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas e a Escola Nacional de Saúde Pública. Esse órgão se incumbia da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o Serviço Especial de Saúde Pública que atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). De acordo com o próprio Ministério da Saúde (2012), apesar de ter sido constituído em julho de 1953, do desdobramento do então Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, ele:

[...] ainda não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes” [...] “e mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal

técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações (Ministério da Saúde, 2012).

Sua atuação era limitada, se resumindo a atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Na década de 1960 houve alguns marcos na história do ministério como a formulação da Política Nacional de Saúde, a III Conferência Nacional da Saúde (CNS), e com a Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, sendo suas as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária. Nesse sentido, o país necessitava de um sistema capaz de resolver os problemas da saúde dos brasileiros, de forma universal, integral, de forma que atuasse na promoção e reabilitação da saúde (BORGES, 2009). Ainda:

“A ausência do Estado como ente regulador entre as necessidades da população e as ofertas de serviços de saúde resultou, ao longo dos anos, em uma distribuição de equipamentos sanitários sem critérios de racionalidade, gerando profundas desigualdades regionais no que se refere ao acesso da população ao atendimento em saúde”. (COELHO, RAUSCH e TAVARES, 2009, p.175).

Depois da Constituição de 1988, as políticas de saúde no Brasil passaram a ter um caráter descentralizado, e em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito principal de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, que se configurava” (COSTA, TRINDADE e PEREIRA, 2010, p.1). Para isso ele prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua prestando atendimento através de uma equipe de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, visando como produto de médio e longo prazo a melhoria na qualidade de vida população, sendo uma porta de entrada para o sistema de saúde.

O PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), presta atendimento por áreas delimitadas, incentivando o contato direto com a população que possibilita a constante troca de experiência e o conhecimento dos fatores de risco daquele grupo, criando, com isso, um ciclo de educação e promoção da saúde, além de realizar atividades na área de prevenção de doenças, melhoria das condições de higiene, e outros aspectos da saúde pública.

Percebe-se a necessidade de expandir as ações básicas em saúde para educação, saneamento básico, prevenção e outras características que constituem o eixo da proposta relacionada ao conceito de qualidade de vida. Afirmando a intersetorialidade das ações dessa estratégia, e isso mostra que “A intersetorialidade é uma lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas” (PASCARELLI FILHO, 2011, p.75).

Esse programa participa de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde”, inserida em um contexto de descentralização e controle social da gestão dos programas de saúde do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela portaria 648/GM de 28 de março de 2006, tendo, de acordo com o Ministério da Saúde, como princípios fundamentais a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social. Essa política tem apresentado resultados positivos nos principais indicadores de saúde. Para o Ministério da Saúde essa concepção de atenção básica se desenvolve por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, como forma de superar a proposição exclusivamente centrada na doença. Com

isso as equipes trabalham em conjunto com a população de territórios delimitados (BRASIL, 2012a).

A execução das políticas de atenção básica é compartilhada pela esfera federal, estadual e municipal. De forma que as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, sendo aproximadamente quatro mil pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes nessa comunidade (BRASIL, 2012^a).

Na esfera federal as ações são mais normativas, onde são estabelecidas as diretrizes básicas do programa e a ordenação dos recursos humanos, elaborados mecanismos de controle e avaliação dessas políticas, além de ser mantida uma base de dados nacional. Já na esfera estadual as ações são mais voltadas para o seu território, no sentido de acompanhar as ações executadas pelos municípios e auxiliar nas estratégias de atenção básica. Por fim, no âmbito municipal os gestores são responsáveis por ações pontuais do programa como manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento, alimentar a base de dados e avaliar o desempenho das equipes do seu território.

Outra característica marcante do sistema atual de saúde é a importância dada a avaliação das políticas de saúde, visto que a qualidade das políticas públicas é uma preocupação atual, já que “de fato, nos últimos anos a qualidade é considerada um componente fundamental na maioria dos países do mundo, independente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado”. (WHO, 1989 apud Serapioni 2011, p.4316).

Apesar da sua importância, a avaliação das políticas de saúde só ganhou força em 2000 com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) por um processo de reorganização interna do Ministério da Saúde, junto com a criação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.

A CAA/DAB nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país. Henrique e Calvo (2008) reconhecem que a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica e de documentos de avaliação dessas políticas revela uma maior preocupação do Ministério da Saúde com a avaliação das políticas de atenção básica no Brasil. Além disso, a CAA/DAB entende que a avaliação em saúde deve dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde (BRASIL, 2012c), e que entende-se que é papel do Gestor Federal ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo e, por isso, estabeleceu como eixo estruturador em sua missão fomentar e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Dessa forma, a Coordenação envolve as três esferas de governo para descentralizar e consolidar a avaliação como ferramenta de gestão, para que esta facilite o processo de tomada de decisão e formação dos sujeitos envolvidos no processo.

O Departamento de Atenção Básica mostra a relevância da avaliação em saúde para dar suporte ao processo decisório do Sistema de Saúde e frisa a importância de mensurar o impacto de suas ações sobre o estado de saúde da população. Nesse sentido, em 2005, o Ministério da Saúde escreveu um documento para contextualizar a trajetória da construção de uma política de avaliação para políticas e programas de saúde no âmbito da atenção básica, contribuindo para o debate sobre avaliação tendo em vista sua institucionalização no Sistema Único de Saúde.

Ao dar suporte aos processos decisórios, a avaliação deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Para o Ministério da Saúde em Brasil (2005) a avaliação em saúde ainda mostra processos pouco incorporados às práticas e possui caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Os instrumentos existentes não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas. Nesse sentido o Ministério da Saúde compreende que a institucionalização da avaliação deve estar vinculada à elaboração de uma política de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, da qual a política de monitoramento e avaliação da atenção básica deve fazer parte, sendo muito importante, em sua formulação, o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), a definição clara de suas responsabilidades e as formas de financiamento dos processos de avaliação.

Com isso surge a necessidade de um processo de avaliação institucionalizado, que seja capaz de apoiar o processo de tomada de decisão, prestar contas a sociedade e produzir conhecimento, sendo essas ações as propostas do modelo de avaliação deste documento.

O modelo lógico da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica conta com seis componentes principais: (i) monitoramento e avaliação; (ii) desenvolvimento da capacidade avaliativa; (iii) articulação sistemática e integração das ações; (iv) cooperação técnica e articulação interinstitucional; (v) indução e gestão de estudos e pesquisas e (vi) produção de informação e comunicação.

Percebe-se, portanto, que as políticas de saúde vêm sofrendo alterações na medida em que o Estado se preocupa cada vez mais com sua qualidade e eficiência. Um dos fatores responsáveis por essas mudanças são as reformas políticas que mostram os pontos mais tratados pelo Estado nos períodos em que características de cada modelo administrativo predominam.

2.2 MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Os Modelos de Administração Pública aqui citados, são uma generalização das práticas administrativas interpretadas a luz das relações sociais entre os atores envolvidos, a saber: Estado, Governo, Sociedade Civil, dentre outros. Por consequência, são generalizações que permitem uma melhor compreensão do funcionamento da Administração Pública e que permitem identificar políticas comuns, formas de organização do sistema administrativo, suas prioridades e um conjunto de práticas políticas características de cada um dos modelos.

2.2.1. MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PATRIMONIAL:

Esse modelo de administração pública esteve em vigência no Brasil do início do século XVI até o final do XIX. Tendo início no período colonial, em 1500, passando pelo período imperial, de 1822 a 1889, até o fim da República Velha, de 1889 a 1930. E tem como característica principal a arbitrariedade nas decisões, tendo parâmetros pessoais como medida para a tomada de decisão, em que o governante não faz distinção do que é particular e público. Nesse sentido se relaciona ao modelo de dominação tradicional proposto por Weber (2009), que não é exercida com base na eficiência, mas sim, nas relações tradicionais que se opõe às mudanças sociais, sendo as autoridades, senhores dos seus subordinados.

Denominamos uma dominação tradicional quando sua legitimidade repousa na crença na santidade de ordens e poderes senhoriais tradicionais (“existentes desde sempre”). Determina-se o senhor (ou os vários senhores) em virtude de regras tradicionais. A ele se obedece em virtude da dignidade pessoal; seu quadro administrativo não se compõe primariamente de “funcionários” mas de “servidores” pessoais, e os dominados não são “membros” da associação, mas 1) “companheiros

tradicionais” ou 2) “súditos”. Não são os deveres objetivos do cargo que determinam as relações entre o quadro administrativo e o senhor: decisiva é a fidelidade pessoal de servidor (WEBER, 2009, p.148).

Percebe-se que esse modelo é caracterizado por essas relações de poder de forma mais pessoal do que profissional e ainda, para Faoro (2001) o Estado separa seus poderes de acordo com “o objetivo do domínio”, tendo “privilégios, contratualmente reconhecidos, de uma camada autônoma de senhores territoriais” (FAORO, 2001, p.33). Dessa maneira, a preservação de poder acontece pelo repasse de cargos públicos e pela cessão de terras. Existe ainda, um forte domínio dos patrões sobre os seus empregados, de forma que eles têm poder até mesmo sobre as suas decisões políticas.

Para Costa (2008) a transferência da família real criou condições para a emergência do espaço público e a formação da burguesia nacional, e isso tornou impossível a restauração da situação colonial anterior e favoreceu a independência nacional.

É verdade que, até 1808, existia no Brasil e, sobretudo, na sede do governo geral (vice-reino) uma administração colonial relativamente aparelhada. Mas a formação do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves e a instalação de sua sede na antiga colônia tornaram irreversível a constituição de um novo Estado nacional. Todo um aparato burocrático, transplantado de Lisboa ou formado aqui, em paralelo à antiga administração metropolitana, teve que ser montado para que a soberania se afirmasse, o Estado se constituísse e se projetasse sobre o território, e o governo pudesse tomar decisões, ditar políticas e agir (COSTA, 2008, p. 831).

Para Pascarelli Filho (2011) o período em que o modelo de administração patrimonialista vigorava ainda deixa resquícios na administração pública atual, como o nepotismo e a corrupção. Costa (2008) afirma se tratar de um período em que as atribuições, hierarquia e princípios da administração eram decididos por uma hierarquia arbitrária e tinha um caráter centralizador perceptível. Ainda para Costa (2008), uma das razões para a Coroa portuguesa instituir a administração central foi sua preocupação com os ataques de invasores e de índios. Assim, desde 1549, quando o governo geral foi criado na Bahia, ele tinha uma autonomia muito limitada, deixando o poder centralizado na coroa, confirmando essa característica desse modelo de gestão. Além de centralizador, o Estado era onipotente e, para Pascarelli Filho (2011), era espoliado por uma elite patrimonial, marcados pelo clientelismo, nepotismo e corrupção.

Costa (2008) aponta, citando a síntese histórica de Caio Prado Júnior, que a centralização, a ausência de diferenciação (de funções), o mimetismo, a profusão e minudência das normas, o formalismo e a morosidade foram retomadas por Arno e Maria José Wehling, como principais características da administração colonial. E, para Costa (2008), essas características constituíam um estado complexo, frágil e ineficaz. Ainda, Bresser-Pereira (2005), fala sobre esse período mostrando que “‘Patrimonialismo’ significa a incapacidade ou a relutância de o príncipe distinguir entre o patrimônio público e seus bens privados” (BRESSER-PEREIRA, 2005, p. 26).

Nesse período, pouca importância era dada às políticas públicas de caráter social. A igreja apoiada pelo Estado assumiu papel predominante no auxílio dos pobres e excluídos, tendo como exemplo, os hospitais Santas Casas de Misericórdia.

Pascarelli Filho (2011) observa que com a diminuição da importância lavoura de cana-de-açúcar e o aumento das linhas férreas, o foco da sociedade passa do meio rural para as cidades. Além disso, o capitalismo surge no Brasil e o modelo patrimonialista não consegue fazer com que o Estado se desenvolva, e já não o sustentava de maneira eficiente. Surge então a necessidade de um modelo em que o Estado se diferenciasse dos interesses privados para

combater o nepotismo e a corrupção de forma que trouxesse a eficiência financeira, atendendo aos seus interesses.

Dessa forma, Pascarelli Filho (2011) mostra que ter um Estado mais racional e eficiente era fundamental para o êxito do intervencionismo estatal, visando garantir o desenvolvimento econômico e a incorporação político-social da burguesia nacional e de setores operários urbanos que estavam emergindo na sociedade da época.

2.1.2. MODELO BUROCRÁTICO

Em 1930, no governo do Presidente Getúlio Vargas inicia-se a reforma administrativa burocrática, que procura trazer um serviço público profissional e um sistema administrativo impessoal, formal e racional a fim de tornar o Estado eficiente e separar o que é público do que é privado. Para Pascarelli Filho (2011), nesse período tem-se a superioridade da autoridade racional-legal sobre o poder patrimonialista, contrapondo as características desse modelo.

Para Bresser-Pereira (2005) a Burocracia é a instituição administrativa que usa de um serviço público profissional e de um sistema administrativo impessoal, formal e racional para combater o nepotismo e a corrupção presentes na administração patrimonialista.

O modelo burocrático é bastante lembrado por algumas das suas disfuncionalidades, como a vagarosidade dos processos e o excesso de formalidades nos procedimentos públicos, contudo, foi uma forma encontrada pelo Estado para trazer impessoalização ao sistema administrativo além possibilitar a enorme expansão das funções administrativas nas esferas pública e privada (PASCARELLI FILHO, 2011).

As características mais marcantes desse modelo são a impessoalidade, hierarquia, regras rígidas, especialização, continuidade e controle, tendo processos definidos e repetitivos, com base em um conjunto de regras formuladas e um corpo administrativo qualificado e permanente.

Os altos escalões passam a ser organizados e estruturados de acordo com os paradigmas do modelo weberiano que ora se instalava no Brasil, recebendo treinamentos, formação profissional, salários mais atraentes e garantias legais. Por outro lado, a para infelicidade dos brasileiros pobres e dependentes da ação estatal, a burocracia interna, que cuidava das políticas públicas das áreas de saúde, educação e segurança pública, sofria com as deletérias e ineficientes práticas clientelistas e patrimonialistas (PASCARELLI FILHO, 2011, p.28).

O sociólogo alemão Max Weber analisou e sintetizou suas principais características e estudou a burocracia como uma forma superior de organização social e de dominação. Nesse sentido, Weber (2009) mostra que a administração burocrática considerada do ponto de vista formal é a forma mais racional do exercício de dominação, “porque nela se alcança tecnicamente o máximo de rendimento em virtude de precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiabilidade [...], intensidade e extensibilidade dos serviços, e aplicabilidade formalmente universal a todas as espécies de tarefas” (WEBER, 2009, p.145).

Assim, percebe-se a relação da dominação racional legal definida por Weber com a burocracia, uma vez que esse modelo busca a dominação por regras e legitimidade do sistema. Pretendendo dessa forma, distinguir o que é do Estado e o que é particular dos governantes, diferenciando do modelo patrimonialista que prevalecia anteriormente.

Contudo, a burocracia trouxe um excesso de formalismo nos procedimentos e uma morosidade de alguns processos e, por isso, o Estado não conseguiu atuar de forma eficiente nos serviços prestados à população. E, por esses fatores, em outros países já se falava em um

modelo de gestão pública mais eficiente, trazendo como princípios básicos, características da administração de empresas privadas, denominado Gerencialismo.

2.1.3 MODELO GERENCIAL

O Modelo de Administração Gerencial teve como pioneiros na sua implantação a Inglaterra e Nova Zelândia trazendo, segundo Costin (2010), o “fortalecimento do gerencialismo público, de instituições de controle e imputação de resultados e estruturas mais flexíveis em que o cidadão pode se perceber e ter voz, como usuário de serviços públicos e contribuintes” (COSTIN, 2010, p. 33). Assim, esse modelo de administração pública utiliza alguns conceitos da administração de empresas privadas como eficiência, transparência e prestação de serviços com qualidade.

Para Paula (2005) esse modelo surge nos Estados Unidos e na Inglaterra, mas se espalha pela Europa e América Latina. No Brasil ele ganha força com a segunda reforma administrativa, que ocorreu em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso.

No Brasil, o gerencialismo também conhecido como a Nova Gestão pública, enfatiza a profissionalização e utilização de práticas de gestão do setor privado. Dessa forma, foram inseridas políticas de eficiência, bem como o fortalecimento das parcerias Estado-Sociedade, através de um governo mais transparente e participativo, com um modelo voltado para o cidadão e para os resultados. Na visão de Bresser-Pereira (2005), para tornar a administração mais eficiente em relação aos serviços que cabiam ao Estado.

Costin (2010) cita algumas características relevantes do gerencialismo como a maior autonomia gerencial do administrador público; Avaliação e divulgação dos efeitos das políticas; Estruturas de poder menos centralizadas e hierárquicas, o que permite maior rapidez e economia na prestação de serviços e a participação dos usuários; Criação de novas figuras institucionais para a realização de serviços que não configuram atividades exclusivas de Estado, entre outras que estão relacionadas às práticas de empresas privadas. E Bresser-Pereira também relata algumas características que definem esse modelo:

É orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de grau limitado de confiança; como estratégia, serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; e utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos (BRESSER-PEREIRA, 2005, p.28).

Essa reforma administrativa trouxe a privatização de algumas empresas estatais e a terceirização de parte do serviço público (atividades consideradas serviços operacionais). Assim, o gerencialismo tentava transformar a máquina administrativa do Estado e para construir um governo voltado para o povo priorizava ações que estruturassem o Estado para que esse povo seja visto como cliente dos serviços públicos. Esse modelo de administração é o predominante no Brasil, apesar de hoje existirem algumas características do modelo definido por Paula (2005) como modelo Societal.

De acordo com Paula (2005) pela Emenda Constitucional de 1998, as atividades estatais foram divididas em dois tipos, sendo as atividades exclusivas do Estado e as não-exclusivas. As primeiras, que são atividades que pertencem ao domínio estratégico do Estado, “seriam realizadas pelas secretarias formuladoras de políticas públicas, pelas agências executivas e pelas agências reguladoras” (PAULA, 2005, p. 38). E os direitos fundamentais de saúde, educação e assistência social, estão caracterizados como “atividades de caráter competitivo” dentro dos serviços não exclusivos, e são prestados “tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor público não-estatal” (PAULA, 2005,

p. 38), ainda nesses serviços não-exclusivos estão as atividades auxiliares ou de apoio que seriam terceirizados.

Dessa forma percebe-se a intenção do governo de transformar suas políticas em serviços eficientes, e a crítica de Paula (2007) se torna verdadeira ao passo que se percebe que o modelo gerencial tem seu foco nas atividades econômico-financeira e institucional-administrativa, como parte da administração democrática, não tendo seu foco nas políticas sociais, já que esse tipo de programa era considerado não-exclusivo do Estado. Essas políticas sociais são melhor trabalhadas no modelo Societal que ainda não foi implementado mas que já apresenta algumas características vigorando no atual modelo gerencial.

2.1.4 MODELO SOCIETAL:

Esse modelo, de acordo com Paula (2007) prioriza ações de políticas sociais enquanto o modelo gerencial prioriza ações econômico-financeiras e administrativas-institucionais. Ele surgiu a partir de movimentos sociais como ONG's, grupos de debate políticos regionais e grupos de interesses. Para Paula (2005) ele vem emergindo com características marcantes desde o governo do presidente Lula – 2003 a 2010. Este modelo proposto por Paula (2007) surge a partir da formação de lideranças populares e da inserção da participação popular na gestão pública. Como já mencionado, ele ainda não está em vigor, já que não houve uma reforma administrativa que pudesse implementá-lo. Porém, ele contribui para o modelo gerencial, na medida em que supre algumas falhas existentes, servindo como uma complementação do gerencialismo.

Ainda Paula (2007) afirma que o modelo Societal, assim como o gerencial busca uma gestão pública democrática. Contudo, o Modelo Societal apresenta sua ênfase na dimensão sociopolítica, enfatizando a participação social na elaboração e avaliação de programas e políticas públicas, trazendo para o modelo Gerencial uma perspectiva de participação popular, além da estruturação do Estado e das suas políticas que já é uma característica desse modelo.

[...] a implementação de um projeto político procura ampliar a participação dos atores sociais na definição da agenda política, criando instrumentos para possibilitar um maior controle social sobre as ações estatais e desmonopolizando a formulação e implementação das ações públicas (PAULA, 2005a, p.39).

Percebe-se que o modelo da administração pública brasileira ainda guarda características de todos os modelos predominantes, que ficam enraizadas na sociedade. A cultura da população em geral mostra que é difícil se desprender dos modelos, já que a corrupção e o “jeitinho brasileiro” de favorecer os mais próximos ainda existem, e a burocracia está presente em grande parte do serviço público com a morosidade do sistema, e o excesso de formalidades que impede o alcance da eficiência. No entanto, o que prevalece é o gerencialismo, marcado por processos administrativos baseados em metas e na eficiência do serviço público. Neste modelo, existem traços do modelo Societal, uma vez que a população se mostra mais consciente e procura participar dos processos de decisão, apesar de que, para a sua efetivação, é necessário maior formalização e institucionalização dos processos.

3 A SAÚDE PÚBLICA EM CADA MODELO DE ADMINISTRAÇÃO

Os serviços de saúde pública sofreram mudanças ao longo do tempo e tiveram suas características marcadas pelas reformas administrativas que ocorreram no Brasil. O primeiro modelo de administração a vigorar foi o modelo de administração Patrimonialista, predominante de 1500 a 1930, tendo como principais características a não diferenciação entre o público e privado, arbitrariedade na tomada de decisões, falta de participação social, tendo

parâmetros pessoais como medida para a tomada de decisão, clientelismo, nepotismo, corrupção, centralização das ações e pouca importância das políticas públicas de caráter social. Percebe-se que durante esse modelo, o Estado não tratava da saúde da população como forma de prestar serviços sociais, já que o poder se dava de forma tradicional. Weber (2009) explica que essa forma de dominação não é exercida com base na eficiência, mas nas relações tradicionais, sendo as autoridades, senhores dos seus subordinados. Dessa maneira, cada senhor era responsável pelos seus subordinados, não sendo o Estado o responsável por prestar serviços de saúde para todos.

Assim, durante o período em que prevaleceu esse modelo as políticas de saúde não tinham caráter social, mas de tratamento de epidemias, de forma que funcionasse como prevenção para a população como um todo. Nesse período, a saúde pública era cuidada por entidades filantrópicas, como os hospitais Santa Casa de Misericórdia, e a tecnologia para o tratamento de doenças também era precária.

Os tratamentos de saúde se confundiam com políticas sanitárias, já que melhores condições sanitárias evitavam grandes epidemias. Além disso, Costa (2008) mostra que o Estado era complexo, frágil e ineficaz, no sentido de que não atendia aos anseios da população. O Quadro 1 mostra as principais características desse modelo e como era o sistema de saúde no Brasil.

Quadro 1: Administração Patrimonialista

Modelo de Administração	Administração Patrimonialista
Duração do predomínio do modelo	Desde o Brasil colônia até a República Velha. De 1500 a 1930, tendo como um marco a vinda da corte para o Brasil em 1808.
Principais características	<ul style="list-style-type: none">- Não há uma diferenciação clara entre o público e privado. Arbitrariedade na tomada de decisões. Não havia participação social.- Arbitrariedade nas decisões, tendo parâmetros pessoais como medida para a tomada de decisão.- Clientelismo.- Nepotismo.- Corrupção.- Centralização das ações.- Pouca importância as políticas públicas de caráter social.
Características do Sistema de Saúde	A população em geral era atendida por serviços filantrópicos como os hospitais Santa Casa de Misericórdia. O sistema de saúde ainda era incipiente, uma vez que as estruturas relacionadas com a saúde são organizadas como a polícia sanitária.

Fonte: Elaboração dos autores, 2012.

Na tentativa de combater o nepotismo, a corrupção e a ineficiência do Estado, surge em 1930, com a Reforma Administrativa Burocrática, um novo modelo de administração pública, buscando um Estado mais racional e eficiente. Nesse período prevaleceu a burocracia, que vigorou até 1995, com o início do gerencialismo, no Governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Esse modelo, como teve a principal função de corrigir os erros do modelo anterior, tem como características a distinção entre o público e privado, funções bem definidas dos cargos e órgãos do governo, controle administrativo, normativo e impessoal, serviço público profissional, sistema administrativo impessoal, formal e racional, avaliação desse sistema e estruturas de poder hierárquicas.

Assim, a burocracia foi estudada por Weber (2009) como uma forma superior de organização social e de dominação, mostrando uma maior intensidade e extensibilidade dos serviços, de forma que o Estado passa a se responsabilizar por mais aspectos relacionados aos

serviços sociais. Políticas relacionadas à saúde também ganharam expressão nesse período, ao passo que nele a saúde pública é institucionalizada com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que se desdobrou em 1953 em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. Contudo, para o Ministério da Saúde (2012) sua atuação era limitada e se resumia a atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Ainda durante a vigência desse modelo, a Constituição Federal de 1988 garantiu à população o direito à saúde e, com isso, foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde) que descentralizou as políticas de saúde as deixando a cargo dos municípios e estados de forma que atendessem a esse direito da população. O Quadro 2 mostra mais características desse modelo e de como funcionavam as políticas de saúde nessa época.

Quadro 2: Administração Pública Burocrática

Modelo de Administração	Administração Burocrática
Duração do predomínio do modelo	Início com a Reforma administrativa em 1930 e vigorou até 1995.
Principais características	<ul style="list-style-type: none"> - Distinção entre o público e privado. - Funções bem definidas. - Controle administrativo, normativo e pessoal. - Serviço público profissional. - Sistema administrativo pessoal, formal e racional. - Avaliação. - Estruturas de poder hierárquicas.
Características do Sistema de Saúde	A saúde pública foi institucionalizada através do Ministério da Educação e da Saúde Pública; que se desdobrou em 1953 em Ministério da Saúde, contudo sua atuação era limitada, se resumindo a atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantido o direito à saúde a todos os cidadãos e depois da Constituição de 1988, as políticas de saúde no Brasil passaram a ter um caráter descentralizado.

1 Fonte: Elaboração dos autores, 2012.

Em 1995 no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, teve início mais uma reforma administrativa na qual o modelo predominante passou a ser o Gerencial. Este pretendia que as políticas públicas funcionassem com eficiência para atender aos seus clientes, a população, pegando práticas da iniciativa privada para alcançar essa eficiência, com foco na transparência governamental e na descentralização das políticas. Em 1994, ainda no período do modelo burocrático, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que, revela algumas características do modelo que seguia. Esse programa na área da saúde evidencia a preocupação do Estado com a eficiência, uma vez que ele procura atender regiões específicas como forma de solucionar problemas característicos delas, alcançando seus objetivos de maneira mais eficiente e reformulando as políticas de saúde de caráter mais preventivo e com uma maior participação da população. Nesse sentido, a saúde passa a se relacionar com outros aspectos da população como saneamento básico, doenças mais comuns em cada região, prevenção e cuidados básicos, entre outros.

Uma característica marcante desse modelo é percebida com a criação, em 2000, da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, que pretende avaliar as políticas de Atenção Básica à Saúde, que são ações relacionadas à saúde que atendem a população como forma de promoção e prevenção da saúde. As políticas de atenção básica mostram outra característica marcante desse modelo que é uma nova forma de tratar de um aspecto tão importante para a população, procurando alcançar melhores resultados com menores gastos, já que prevenindo doenças típicas de cada região, gasta-se menos com

serviços de internação e tratamento avançado de saúde. Para avaliar essas políticas percebe-se a preocupação do Estado com a melhoria dos mecanismos de tomada de decisão dos seus processos e políticas. O Quadro 3 mostra mais características desse modelo bem como do sistema de saúde que vigora no Brasil.

Quadro 3: Administração pública Gerencial

Modelo de Administração	Administração Gerencial
Duração do predomínio do modelo	Iniciado nos anos 1980 mas sua efetiva implementação aconteceu no governo Fernando Henrique Cardoso em 1995.
Principais características	<ul style="list-style-type: none">- Discurso de participação social.- Foco nas dimensões econômico-financeiras e institucional-política do governo democrático.- Práticas comuns da iniciativa privada para alcançar a eficiência na gestão pública.- Busca pela transparência governamental.- Descentralização das políticas.
Características do Sistema de Saúde	A descentralização do sistema de saúde, criação do Programa Saúde da Família em 1994 com um foco na saúde de forma integrada com outros aspectos da qualidade de vida. Foi criada em 1999 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o que também mostra a preocupação com ações preventivas de higiene, saneamento básico, epidemias regionais, etc.

Fonte: Elaboração dos autores, 2012.

Esse modelo de atenção à saúde ainda apresenta características do modelo Societal que vem sendo implementado, justamente por contar tanto com a participação da população local na formulação de políticas específicas de cada região quanto com as equipes de saúde que trabalham na principal estratégia da saúde brasileira. Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) mostra que para a avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS se torna importante o envolvimento de vários autores como profissionais da saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores. Quando esses autores são envolvidos no processo de avaliação e elaboração de políticas públicas, percebe-se a principal característica do modelo Societal que é a participação da sociedade nesse processo.

Em 2012, o PSF passa a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família e se configura como a principal estratégia da Atenção Básica à Saúde, que é um departamento do Ministério da Saúde que cuida da promoção da saúde e se constitui como a principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012c). O Quadro 4 mostra mais detalhes desse modelo e de como a saúde funciona, além de contar com políticas públicas que dependem da participação popular, e onde os conselhos gestores de saúde são atuantes.

Quadro 4: Modelo de administração Societal

Modelo de Administração	Administração Societal
Duração do predomínio do modelo	Início no governo do Presidente Lula em 2003, com seu foco nas políticas sociais, contudo teve início com movimentos de participação social a partir da década de 1960.
Principais características	- Foco na dimensão sociopolítica. - Possibilidade de formação de uma estrutura que institucionalize a participação social na criação e avaliação de programas.
Características do Sistema de Saúde	Sistema de emergência móvel (ambulâncias) é criado em 2003. Uma maior atenção ao PSF que passa a se chamar Estratégia Saúde da Família em 2012 e ganha importância a avaliação da atenção básica à saúde como forma de suporte aos processos decisórios dessas políticas.

Fo

Fonte: Elaboração dos autores, 2012.

No Quadro 4, pode-se perceber que o Departamento de Atenção Básica à Saúde, desde 2000, foca suas ações na avaliação das políticas públicas de saúde como forma de auxiliar na tomada de decisão, dessa forma em 2005 foi criado um documento para avaliar as políticas públicas de saúde. Assim, nesse modelo, além das políticas públicas contarem com a participação popular para se efetivarem, elas tem seu foco na avaliação para garantir a eficiência, que é uma característica principal do modelo gerencial. Percebe-se que os modelos administrativos não param de existir, somente não tem suas características principais como a base da administração pública atual, e essas características se modificam e se acumulam nas políticas públicas.

É possível perceber que as políticas de saúde se diferenciam em cada modelo de acordo com as suas principais características, especialmente no que tange à forma do Estado lidar com a população. Da mesma forma que percebe-se que o Estado passa de uma máquina forjada para atender aos anseios da elite administrativa, para um ente prestador de serviços distante da população e, finalmente, se transforma em uma instituição planejada para servir à população e atender aos seus direitos de forma que esse é o foco dos seus programas.

Dessa forma, na medida em que os modelos de administração pública passam a ter um caráter mais voltado para o bem estar da população e para a eficiência das suas políticas, a saúde pública também absorveu essa característica e apesar de limitações para realizar essas práticas, estas se voltam para o bem estar da população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados é lícito concluir pela a predominância atual do Modelo Gerencial, embora reserve características do Modelo Societal em sua composição. Isso porque os modelos de administração pública, não param de existir, mas incorporam características dos modelos seguintes e o que se tem é um conjunto de fatores onde hora predomina um modelo, hora outro.

Da mesma maneira, as políticas de saúde acumulam características comuns aos modelos de administração pública e em decorrência de tais fatores (presença de metas, tratar a população como clientes, o princípio da eficiência, o desenho dos programas mantendo características que favoreçam seu bom funcionamento, prevenção da saúde) também

observados no trabalho é possível concluir, pela existência de traços marcantes do gerencialismo.

Na medida em que se tem políticas que atendam as necessidades da população e que vem evoluindo com o passar dos anos ao oferecer melhores condições de saúde e de uma forma mais participativa. E destaca-se ainda, que as mudanças que ocorreram na saúde pública brasileira, se deram no sentido de aproximar a população desse serviço, além da mudança que ocorreu ao passar a saúde, de um “favor” prestado á população, pelo Estado e por instituições filantrópicas, para um direito constitucional.

Os autores pretendem minimizar as lacunas deixadas por este estudo ao estudar na sequência, mais especificamente o que tange ao histórico da saúde pública e sobre a estratégia saúde da família, procurando frisar as características mais marcantes dessa estratégia, que é a marca na área da saúde do governo atual. Sendo um modelo participativo e moldado para o cuidado da saúde primária e atenção básica, atuando na prevenção de doenças e cuidados com grupos de regiões específicas, garantindo, assim, melhoria na qualidade de vida da população. E apesar das mudanças, nessas políticas ainda é necessário que a população atue junto ao governo para exigir melhores condições e políticas mais abrangentes e efetivas, bem como uma saúde de qualidade para todos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, José Maria. *20 Anos De Sus. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques [et al.]*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República federativa do Brasil*. Brasília: Senado federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde*. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família – Diretriz Conceitual*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>. Acesso em 16 de janeiro de 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2012. *Do sanitarismo à municipalização*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=330>>. Acesso em 05 de junho de 2012b.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família – Avaliação da Atenção Básica*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caa/avaliacao.php>. Acesso em 24 de janeiro de 2012c.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado*. In. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Orgs. Luiz Carlos Bresser Pereira e Peter Spink; tradução Carolina Andrade. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides e CASTRO, Adriana Miranda de. *Avaliação de política nacional de promoção à Saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):745-749, 2004.

COELHO, Myriam Araujo; RAUSCH, Maria do Carmo Paixão; TAVARES JR., Paulo. *Regulação Assistencial. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques [et al.]*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

COSTA, Frederico Lustosa da. *Brasil: 200 anos de Estado, 200 anos de administração pública, 200 anos de reformas*. RAP — RIO DE JANEIRO 42(5):829-74, SET/OUT. 2008.

COSTA, Flávia B. da; TRINDADE, Mara A.do N.; PEREIRA, Mauro Lúcio T.. *A Inserção do Biomédico no Programa de Saúde da Família*. Revista Eletrônica Novo Enfoque, v. 11, n. 11, p. 27 – 33, 2010.

COSTIN, Claudia. *Administração Pública*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FAORO, Raymundo. *Os Donos do Poder: Formação do Patronato Político Brasileiro*. Editora Globo, 3ª edição, revista, 2001.

LELES, Fernando Antônio Gomes; MATOS, Marco Antônio Bragança de; MAYER, Lucy Monteiro. *Atenção Primária À Saúde – Saúde Em Casa: Melhorando A Qualidade Da Atenção Primária Prestada À Saúde Dos Mineiros. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques [et al.]*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

PAULA, Ana Paula Paes. *Administração Pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social*. Jan./mar. vol. 45, n.1, 2005.

_____. *Por uma nova gestão pública*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

PASCARELLI FILHO, Mario. *A Nova Administração Pública: Profissionalização, Eficiência e Governança*. São Paulo: DVS Editora, 2011.

SERAPIONI, Mauro; e SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará: Uma abordagem multidimensional*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4315-4326, 2011.

SANTOS, Lucas Maia dos Santos. *Avaliação do desempenho da alocação de recursos na atenção básica da saúde pública brasileira*. Dissertação apresentada ao Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração. Belo Horizonte – 2011.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Volume 1. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; ver. Téc. De Gabriel Cohn, 4ª edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, 2009 (reimpressão).

ⁱ Foram considerados autores clássicos das reformas administrativas no Brasil: Faoro, Bresser-Pereira e Paula. Porque descrevem os cenários de cada reforma administrativa. Além de Weber, que escreve sobre os tipos de poder e essa literatura explica em grande parte a burocracia, e Costin, Costa e Pascarelli Filho que são autores da administração pública que retratam as reformas administrativas e os modelos em vigor.