

O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano V | Volume 13 | Nº 37 | Boa Vista | 2023

<http://www.ioles.com.br/boca>

ISSN: 2675-1488

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7584790>



GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL À LUZ DA TEORIA DA BUROCRACIA: ESCASSEZ DE MÉDICOS ESPECIALISTAS E DESIGUALDADE REGIONAL DE ACESSO

Thiago de Andrade Guedes¹

Francielle Santos da Silva²

Resumo

Este ensaio objetiva evidenciar a relação entre a desigualdade regional de acesso a atendimentos especializados de saúde pública no Brasil e a estrutura burocrática do sistema único de saúde; um olhar da gestão de saúde pública brasileira à luz da teoria da burocracia. Neste sentido, foram abordadas temáticas acerca do assunto, onde foram evidenciadas perspectivas sobre a burocracia, a gestão pública brasileira, a escassez de profissionais e a distribuição dos recursos, bem como as dificuldades geradas à população quando os cidadãos não conseguem acesso ao serviço público de saúde. Foram identificadas evidências que levam a dois caminhos, sendo o dos cidadãos dos centros urbanos e o dos cidadãos do interior, tendo isso devido a desigualdade regional estabelecida pela precariedade da gestão que leva a uma má distribuição dos recursos. A escassez de médicos especialistas está presente nos dois caminhos, sendo um grave problema ocasionado pelos processos burocráticos de formação e fixação desses profissionais.

Palavras chave: Desigualdade Regional; Gestão Pública; Saúde; Teoria da Burocracia.

Abstract

This essay aims to highlight the relationship between regional inequality of access to specialized public health care in Brazil and the bureaucratic structure of the Single Health System; a look at the Brazilian public health management in the light of the theory of bureaucracy. In this sense, themes about the subject were approached, where perspectives about bureaucracy, Brazilian public management, the shortage of professionals and the distribution of resources, as well as the difficulties generated to the population when citizens cannot access the public health service, were evidenced. Evidence was identified that leads to two paths, being that of citizens from urban centers and that of citizens from the interior, having this due to regional inequality established by the precariousness of management that leads to a poor distribution of resources. The shortage of medical specialists is present in both paths, being a serious problem caused by the bureaucratic processes of training and fixing these professionals.

Keywords: Bureaucracy Theory; Health Service; Public Management; Regional Inequality.

INTRODUÇÃO

Diversas são as organizações que lançam mão da teoria da burocracia, ligada aos estudos organizacionais. A teoria foi desenvolvida no século XIX por Max Weber (1924) como uma maneira de defesa frente às injustiças enfrentadas pela sociedade que vivenciava a era de expansão industrial. A sua estrutura hierárquica de poder proporcionou diversas mudanças atreladas ao crescimento social, como as divergências de poder entre as classes, a desigualdade e injustiças que emergem junto a modernidade (MEDEIROS, 2006), o que acarreta uma relação dominadora baseada em uma cultura protestante, que

¹ Graduado em Superior de Tecnologia em Logística. Mestrando em Administração pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: thiagoandradeoficial@gmail.com

² Graduada e mestranda em Administração pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: francielle.ss21@gmail.com



privilegia os mais favorecidos da sociedade. Esta foi particularmente criticada pelos abusos de caráter técnico e efetivo, assim como pelos transtornos da alta formalidade e decisões, características essencialmente defendidas por Weber como sendo ligadas a ausência de humanidade, autonomia e também pela falta de brio frente a um mundo racionalizado, o qual bebera na fonte ética irracional (LIMA, 2021).

Os elementos presentes na teoria e suas contribuições prevalecem em diversos setores, como na educação (LIMA, 2021; FÉLIX, 2013; COSTA FILHO *et al.*, 2022) e no terceiro setor (VOLPATO; HALISKI, 2018; MARTINS, 1998). Dessa forma, percebe-se que essa estrutura rígida de organização persiste ainda hoje também em outros setores, podendo levar transtornos aos menos favorecidos, ao notar-se que são grandes as consequências no sistema público, principalmente na gestão do sistema público de saúde, foco deste estudo, o que leva a não garantia dos direitos da população brasileira, tendo em vista problemas como a escassez de médicos especialistas e má distribuição dos recursos, o que faz surgir uma desigualdade regional.

A saúde pública brasileira está refletida no projeto Sistema Único de Saúde (SUS), que emergiu através da Constituição Federal de 1988; o qual representou um marco de mudança na saúde pública do país. Entretanto, problemas como a burocracia, a má gestão, distribuição inadequada dos recursos (bens e serviços), limitações dos recursos humanos, divergências sociais e culturais entre às diversas regiões, implicam no comprometimento da qualidade, acesso e eficiência do SUS (SENA; COSTA, 2016), frutos do lado negativo da burocracia que atinge o sistema.

Não obstante a essa perspectiva, outros desafios presentes no serviço de saúde pública estão relacionados com o deslocamento do cidadão até o local de atendimento público de saúde, uma vez que são poucos aqueles que conseguem usufruir desses bens e serviços, pois a acessibilidade, assim como a distribuição dos recursos (bens e serviços) não são a mesma em todas as partes (SANTOS, 1993). Soma-se a isso também a ineficiência da Burocracia de Nível de Rua, que é a equipe responsável pela entrega direta das políticas públicas ao cidadão, com implemento e execução do planejamento realizado pelos elevados escalões dos órgãos públicos (LIPSKY, 2019). Essa premissa é corroborada pelo estudo de Sousa, Araújo e Miranda (2017), onde mostra que há esse distanciamento dos serviços de saúde pública entre macrorregiões, havendo desigualdade, sendo que o aumento do deslocamento geográfico pode, por exemplo, levar a problemas graves de mortalidade (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Portanto, a má distribuição dos recursos, que faz com que regiões rurais tenham pouca estrutura, equipamentos e pessoal (TRAVASSOS; CASTRO, 2008), torna o processo de acesso à saúde um transtorno, onde o acesso torna-se fundamental quando se necessita de atendimentos na busca por serviços de saúde, tendo em vista que, da mesma forma que as desigualdades sociais de modo geral



prevalecem, vê-se a mesma relação em aspectos relativos ao acesso aos serviços de saúde, ocasionados, também, pela burocracia. Com isso, há a necessidade de deslocamento, que agrava os problemas enfrentados, tendo em vista a precariedade das vias de acesso, longas distâncias e ausência de meios de transporte suficientes.

Sob essa perspectiva supracitada, nosso objetivo neste ensaio é explicitar a relação entre a desigualdade regional de acesso a atendimentos especializados de saúde pública no Brasil e a estrutura burocrática do Sistema Único de Saúde. Para melhor compreender a temática, este ensaio está dividido, além desta introdução, em sete seções, elencadas a seguir. O segundo, abordaremos os caminhos enfrentados pelo usuário do serviço público de saúde, na terceira, trataremos da concepção da burocracia e sua implicação na gestão de saúde pública. A quarta seção salienta um pouco sobre burocracia e a garantia dos direitos à saúde pública brasileira. Na quinta, salientamos sobre a distribuição de recursos na saúde pública brasileira e os transtornos ocasionados. Já na sexta, abordamos sobre a escassez de médicos especialistas. Por fim, a última seção apresenta as considerações finais.

Considera-se aqui saúde pública sendo a solução final do problema enfrentado pelo cidadão, pois mesmo que haja o atendimento com o especialista, não se pode considerar o processo como solucionado, pois há ainda a fase de tratamento, assim como outros encaminhamentos que podem ser efetuados, o que pode fazer com que o usuário retorne ao início do processo novamente.

CAMINHOS ENFRENTADOS PELO USUÁRIO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Se nos grandes centros, os quais são movimentados e visados, há, ainda assim, problemas de saúde pública, imaginemos as zonas rurais, que são afastadas e, praticamente, esquecidas. Diversos são os problemas enfrentados, que vão desde a escassez de hospitais e médicos, até a falta de transporte e a dificuldade de acionamento destes.

A acessibilidade geográfica, a qual é componente essencial de acesso, é influenciada pela distribuição de bens e serviços. Isto é, somente os cidadãos que possuem capacidade de deslocamento até os locais onde se encontram os bens e serviços, têm condições de usufruir destes, uma vez que a acessibilidade não é a mesma em toda a parte (SANTOS, 1993).

Isso se deve a uma distribuição deficiente dos recursos públicos. Por conta da falta de estrutura nas zonas mais afastadas, muitos cidadãos ao necessitarem de atendimento especializado precisam percorrer longos trajetos. Como não há locais de atendimento suficientes, devido a uma gestão ineficiente e desigual, há ainda mais problemas para essas pessoas de zonas interiores. Esse deslocamento dos usuários do serviço de saúde é mais bem mensurado pelo custo financeiro/preço e/ou



pelo tempo gasto, sendo a distância um indicador de dificuldade (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVESSOS, 2004).

O estudo de Sousa, Araújo e Miranda (2017) trouxe que, em 2014, 24,8% dos partos normais na Bahia foram realizados fora do município de residência, mostrando também que há uma desigualdade muito grande entre as macrorregiões do estado, sendo 44,8% para a Nordeste, 30,9% para a Centro-Norte e 38,8% para a Sul. O estudo traz também que cerca de 10% dos municípios apresentaram deslocamento menor que 5 km e outros 10% mostraram distâncias percorridas maiores que 50 km, sendo de 21,1 km a mediana e uma média de 26,2 km, afetada pelos valores extremos de deslocamento. Traz também que as distâncias médias percorridas pelas parturientes variaram entre 98,5 km (macrorregião Norte) e 35,8 km (macrorregião Leste).

Isso é um grande problema, pois os resultados são muito mais graves do que parece. Almeida e Szwarcwald (2012) mostraram que o aumento do deslocamento geográfico eleva o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), por exemplo.

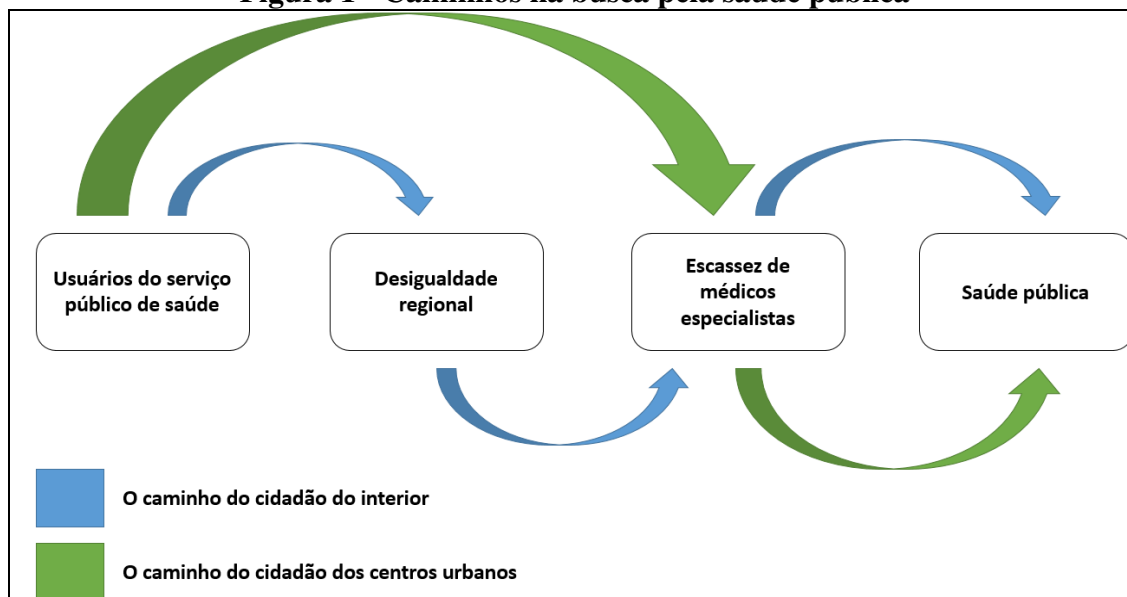
O acesso geográfico é, portanto, fundamental na busca por saúde. Assim como as condições de saúde da população estão fortemente ligadas ao padrão de desigualdades sociais, há também aspectos das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, como a disponibilidade de serviços, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e de recursos humanos (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Dessa forma, pelos fatos evidenciados, vê-se que há falta de profissionais, de hospitais, o que torna necessário um grande deslocamento, o que também é um transtorno por conta das condições precárias de transporte, seja pela falta de veículos ou pelas péssimas condições de acesso, por conta da falta de asfaltamento, falta de acesso, etc. Dessa forma, depreende-se também que os cidadãos dos centros rurais, ao precisar de atendimento médico, principalmente um especializado, precisam esperar muito tempo por um veículo que possa realizar o transporte, pois além de os médicos especialistas estarem localizados nos grandes centros urbanos, há certa dificuldade de comunicação e um longo processo até que se possa comunicar e ser aprovada a liberação. De acordo com Scheffer *et al.* (2011), após examinar a demografia médica no Brasil, chama a atenção as desigualdades acirradas em relação à distribuição e a falta localizada de profissionais em determinadas circunstâncias.

Com isso, esse ensaio chega a dois caminhos enfrentados pelos usuários do serviço público de saúde: o do cidadão dos centros urbanos e o do cidadão do interior. Os caminhos são evidenciados na Figura 1.



Figura 1 - Caminhos na busca pela saúde pública



Fonte: Elaboração própria.

Visto os diversos problemas identificados, há, dessa forma, um problema que surge como barreira tanto para os cidadãos dos centros urbanos quanto para os das zonas rurais: escassez de médicos especialistas. A dificuldade e os impedimentos tanto na formação quanto na contratação e fixação de médicos especialistas levam a uma barreira na busca pela saúde pública, sendo, desta forma, um dos problemas mais graves de todo o sistema público de saúde.

Mesmo que os grandes centros contemplem um maior número de hospitais, ainda assim há essa escassez de especialistas, ou seja, o problema não é amenizado por conta dessa vantagem. Os diversos encaminhamentos acabam retirando a vantagem da curta distância, pois apesar disso, o sistema é "burocrático" igual.

Por mais que seja um problema que pareça de fácil solução, não é tão simples solucionar, pois isso é apenas "a ponta do iceberg". Este problema envolve a gestão pública de saúde, onde há aspectos burocráticos geradores de transtornos difíceis de resolver. Pode-se entender que a má aplicação da teoria da burocracia na gestão pública de saúde traz fortes e graves problemas à tona. A seguir, serão levantados aspectos da teoria da burocracia e da gestão de saúde pública.

CONCEPÇÕES DA BUROCRACIA E SUA IMPLICAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A burocracia teve início no século XIX e foi desenvolvida por Max Weber como uma forma de proporcionar o controle baseado em uma estrutura hierárquica de poder em um período de grandes



mudanças e de rápido crescimento como foi o período da Revolução Industrial (BARBOZA, 2020). Nesse período, não havia apenas as mudanças provocadas pela industrialização, mas também as diversas mudanças que acompanhavam o crescimento acelerado da sociedade, como as dificuldades enfrentadas pelas classes sociais mais baixas e a divergência de poder, a desigualdade e injustiças atreladas à modernidade (MEDEIROS, 2006).

Dessa forma, a burocracia se constitui como uma forma de dominação oriunda de um *ethos* racional da cultura protestante, que, de um modo geral, possui suas ações baseadas na relação de dominação do outro. Partindo dessa perspectiva, a burocracia se constitui por meio da idealização dos tipos ideais teorizados por Weber como uma forma pura e imaginária de uma sociedade sistematicamente estruturada, o qual pode se destacar: Dominação racional (legal) - baseada na legitimidades das ordens estatais; Dominação tradicional - baseada nas tradições vigentes daqueles que representam a autoridade; e Dominação carismática - baseada no poder heroico ou caráter de uma pessoa (MEDEIROS, 2006). Além da perspectiva de dominação, a burocracia pode ser caracterizada pelas normas e regulamentos, tanto na formalidade de comunicação, como nas formas de divisão do trabalho, hierarquia de autoridade, procedimentos padronizados, competência técnica e meritocracia, visando à máxima eficiência da organização (LEAL *et al.*, 2019). Apesar da burocracia ser vista como forma de dominação, a intenção de Weber, na verdade, era proporcionar a minimização das injustiças que perduraram no período.

Analisando os preceitos da teoria burocrática, nota-se que ela se constitui através de normas, rotinas e o formalismo institucional das organizações, tratando-se de uma projeção de organização definida como eficiente por excelência. De forma a estabelecer essa importante busca por eficiência, é necessário que os preceitos burocráticos detalhem de forma antecipada e minuciosa como os processos devem ser efetuados (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Porém, Weber não aborda os aspectos tidos como variáveis que devem ser considerados: indivíduo inserido em uma sociedade cultural, política, racional, com autoconhecimento, reflexivo e que deseja atenção individual. Assim, há, ao ter uma negligência, várias disfunções na realização de ações específicas. As disfunções são uma maior internalização das diretrizes, as normas, procedimentos e regras passam a se transformar de meios em objetivos; maior despersonalização nos relacionamentos, sobre isso, observa-se a impessoalidade sobre os cargos e não nas pessoas; hierarquia como base do processo de decisão, quem toma decisões será aquele mais alto na hierarquia, mesmo que não tenha conhecimento específico sobre determinado cargo; deveras formalidade e conformidade às rotinas, existindo a necessidade de documentar e formalizar as comunicações e a extrema devoção a normas e procedimentos, para garantir que seja feito aquilo que foi determinado (MIGOTT; GRZYBOVSKKI; SILVA, 2001).



Para Motta (2008), assim como Silva (2005), algumas consequências em relação a essas disfunções são evidenciadas, sendo: a estrutura de processos burocráticos introduz mudanças na personalidade de participantes que levam à rigidez, às dificuldades no atendimento aos clientes e à ineficiência; a divergência entre os interesses pessoais dos indivíduos e os objetivos formais do sistema organizacional; emergem conflitos quando ferramentas são utilizadas para supervisionar, monitorar e controlar a conduta dos indivíduos e o resultado do trabalho.

Weber, citado em Chiavenato (1987), afirma que as disfunções da burocracia são consequências do fracasso de processos burocráticos não adequados. Apesar de vista como maior transtorno, a Teoria da Burocracia trouxe contribuições para a ciência da administração, assim como para a saúde, especialmente à enfermagem (MIGOTT, GRZYBOVSKKI, SILVA, 2001). Porém, as disfunções mais comuns nessa área são o formalismo exacerbado, isto é, informações transmitidas aos clientes, o que pode ser tido como um idioma “hospitalês”; apego às normas; comportamento rígido e resistência à mudanças.

De acordo com Tragtenberg (1992), Weber era o maior crítico da burocracia, pois buscava atuar como um pesquisador que investiga mecanismos que pudessem inibir essa forma de dominação patrimonialista. A exemplo dessa minimização das injustiças, tem-se o desenvolvimento do sistema de saúde “SUS”. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior política pública do país e parte dos princípios da universalidade e igualdade na prestação de serviços, pois este abrange a todos sem distinção. O seu desenvolvimento permitiu a mudança do caráter meritocrático que existia na prestação de serviços à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, ou seja, a saúde que antes era algo atrelado a poucos, passou a ser um direito de todos (MENICUCCI, 2014; BARBOZA, 2020). Dessa forma, a constituição convertia a saúde em um direito do cidadão, o que possibilitou o surgimento de um sistema público, universal e descentralizado; que em um contexto geral move-se com o intuito de atingir uma certa igualdade de bem-estar (BARBOZA, 2020). Mediante a isso, percebe-se que a Constituição Federal de 1988 foi um grande marco na história da saúde pública brasileira, onde realizou as mudanças no papel do Estado e no arcabouço jurídico do sistema público de saúde. Tais mudanças estão previstas na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Nesse contexto, pode-se dizer que o SUS percorreu um processo de lutas, mobilização e esforços de um grande número de pessoas e mesmo após se tornar um direito de todos, tem as suas conquistas ameaçadas pela distinção social no processo de inclusão e exclusão (BARBOZA, 2020).

A maioria dos problemas que existem nesse sistema estão relacionados nesse processo transitório entre a teoria e o real, pois apesar do direito ser algo previsto em lei, torna-se, na maioria das vezes, algo divergente para a população que precisa, o que implica em falar de uma sociedade que promove a



exclusão e não a igualdade que é prevista como direito na lei (BARBOZA, 2020). Essa perspectiva, demonstra que a ideologia dominante dos valores da sociedade brasileira está mais relacionada com a diferenciação, individualismo e a distinção do que com a solidariedade, coletividade e a igualdade (PAIM, 2018). Além disso, o autor menciona que o SUS enfrenta diversos problemas ligados à economia, ao gerenciamento, a falta de profissionais de diversas especialidades, a terceirização, falta de suprimentos (medicamentos), falta de leitos, a burocratização, a desumanização e as próprias condições precárias de trabalho (PAIM, 2018).

Consoante aos problemas enfrentados pelo SUS, traços da burocracia se mostram presentes, uma vez que esta não considera o aspecto das relações humanas informais e adota um sistema rígido de controle e autoridade (LEAL *et al.*, 2019). Diante a essa característica, a teoria da burocracia é criticada no meio hospitalar. Afinal, mesmo que apresente característica ideal para uma organização hospitalar, baseado em princípios de disciplina, especialização das funções, hierarquia, autoridade legal e formalização, capaz de levar a um comportamento disciplinado das pessoas, quando aplicada/executada de forma excessiva, a burocracia se torna um problema, apto a provocar disfunção e o engessamento da organização caracterizada pelo apego total às normas e rotinas (BRITO, 2015). Contudo, nota-se ainda, que mesmo sendo alvo de críticas, o principal modelo de gestão de organizações hospitalares é pautada no taylorismo e sistema burocrático, uma vez que estes favorecem a fragmentação/divisão do trabalho sob a ótica de cumprir atividades individualizadas e em menor tempo possível (LEAL *et al.*, 2019). Ou seja, os processos organizativos do trabalho obedecem a uma ordem hierárquica e estruturada, com comunicação verticalizada (LEAL *et al.*, 2019).

A BUROCRACIA E A GARANTIA DOS DIREITOS A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Apesar da burocracia ter sido desenvolvida como uma forma de auxiliar o período de crescimento industrial e do surgimento de uma estrutura funcionalista que buscava premeditar as ações dos funcionários por meio de uma estrutura hierárquica rígida, essa mesma perspectiva passou a não ser suficiente para atender as demandas de um mercado expansivo e flexível. Dessa forma, houve a necessidade de implementar um novo tipo de gestão que buscasse atender e suprir as necessidades de um gerenciamento eficiente e eficaz (CARDOSO, 2016). Surgiu, na metade do século XX, a administração pública gerencial, que se difundia como uma forma de enfrentar as crises fiscais do estado e como uma estratégia que prioriza a redução de custo e o aumento da eficiência na prestação de serviços que competiam ao Estado. Esse modelo de gestão prioriza a participação democrática do cidadão de forma efetiva, além disso, busca ressaltar a eficiência e a qualidade do serviço prestado para



que esse seja capaz de proporcionar benefícios como: redução das despesas, desenvolvimento de métodos de avaliação, uma gestão flexível, melhoria na prestação de serviços, além de proporcionar a conscientização da necessidade de um planejamento do serviço público (REZENDE, 2002; PAULA, 2005).

Como parte desse modelo de gestão democrática e planejamento de serviço público, destaca-se que estes devem estar alinhados a uma gama de direitos que é concedida ao ser humano na sociedade, por exemplo, no Brasil, o direito à saúde é estabelecido por leis, tal como prevê o artigo 196 que viabiliza criação de “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, p.75). Esse amparo impulsiona o que configura uma ação inovadora, caracterizando o conceito de saúde ampliada no país (CARDOSO, 2016). Sob esta perspectiva, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelece o papel do setor público de organizar, fiscalizar e determinar a participação do setor privado para subsidiar as ações e prestação de serviço à saúde. Sobre o subsídio de outros órgãos na gestão de saúde, alguns critérios precisam ser seguidos conforme exposto no artigo 198 da CF/88: a descentralização - para direcionar a cada esfera; atendimento integral- sem qualquer dano ao acesso ao serviço de assistência; a participação dos interessados (cidadãos); os recursos orçamentários do SUS é oriundo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988, p.78).

Pelo exposto, fica evidente a importância da CF/88 para a população, pois em síntese, ela inclui novas parcerias interorganizacionais, o que amplia os vínculos no campo das políticas de saúde. Isso se dá pela democratização da sociedade brasileira e a descentralização dos recursos que beneficia a autonomia dos municípios (SENHORAS, 2003; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Entretanto, mesmo com essa transição de uma estrutura burocrática rígida para uma gestão flexível e descentralizada, esse gerenciamento não é suficiente para atender as demandas e realidades das necessidades da população brasileira, uma vez que durante a gestão de serviços que são descritos por lei como o direito do cidadão não funciona como tal. Existem, nesse aspecto, diversos fatores que podem ser dados como barreiras para a prestação de serviço de qualidade como: uma gestão inadequada (improbidade administrativa), falta de planejamento, falta de comunicação, pouca participação dos cidadãos, a corrupção e fatores econômicos (CARDOSO, 2016; PAIM, 2018). Semelhantemente, uma gestão inadequada pode ser intensificada pela prevalência de cultura paternalista/patrimonialista, onde representantes públicos eleitos colocam interesses pessoais, numa relação de soberania, em detrimento do bem-estar público. Todavia, isso ressalta a importância de se considerar o contexto, pois a eficácia da



gestão social e os serviços prestados difere em alguns municípios, a depender da cultura municipal, bem como os recursos repassados ao município.

OS TRANSTORNOS OCASIONADOS

De acordo com Mandarinino e Gomes (2020), o mau uso da burocracia ocasiona um déficit geral, o qual se aplica aos gastos financeiros e aos bens e serviços prestados, além de uma grande ineficiência dos serviços públicos atrelada à crença de que processos burocráticos são sinônimos de eficiência, um conceito adotado nos esforços de mudar um gerenciamento basilar do patrimonialismo. Ressalta-se, porém, que, de fato, o modelo burocrático tido como original proposto por Weber preza a máxima eficiência, no entanto, o excesso de processos formais conhecido como "disfunção burocrática" ocasiona rigidez e lentidão nos processos.

A respeito dos recursos, sob a perspectiva de Saldiva e Veras (2018), apesar de o Brasil não possuir uma distribuição de recursos ideais destinadas à saúde, os demais países não se distanciam dessa realidade. Mesmo com uma oscilação de 8% do PIB nos últimos anos o serviço de saúde pública, desenvolve programas estratégicos como o Programa Estratégico de Saúde da Família (ESF) que tem o intuito de realizar as ações curativas e preventivas (consultas; exames, vacinações etc) para a população que reside em determinado território, ou seja, o território é delimitado de acordo com a região de saúde, onde essa região deve oferecer serviços de prestação primárias (TIBÉRIO; SOUZA; SARTI, 2010) (que vai da atenção primária até a atenção ambulatorial e hospital), mas é somente no nível de prestação secundária que são realizados os atendimentos de níveis médios de complexidade e de especialidade, porém para ser atendido nesse nível de complexidade é preciso que o paciente percorrer uma longa jornada de encaminhamentos que em sua grande maioria não é bem especificado ou até mesmo fácil de conseguir (SALDIVA; VERAS, 2018).

Além da espera que muitos pacientes são obrigados a enfrentar, a falta de planejamento que considera as peculiaridades de cada região, restrições orçamentárias e escassez de profissionais são fatores que estão atribuídos a uma gestão inadequada e a eficiência do serviço prestado. O planejamento de saúde deve considerar os problemas específicos de cada região e a forma como as políticas públicas atuam para suprir as lacunas do SUS. De modo geral, esse planejamento deve equilibrar as necessidades das políticas de saúde com os recursos disponíveis para que possa integrar a assistência à saúde e a gestão dos entes públicos para atender e atingir a eficiência (BARBOSA *et al.*, 2021). Mesmo ressaltando as necessidades que existem em cada região, são vários os desafios enfrentados na prática, e pode-se dizer que esses desafios são decorrentes de um sistema de saúde heterogêneo, que está ligado às



marcas da desigualdade que persistem ao longo da história do país (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Neste sentido, é possível evidenciar essa situação de desfalque nas prefeituras de cada região, pois as agendas da saúde, que deveria ser priorizada em cada município, não ocorre dessa maneira, além disso outros fatores como a falta de comprometimento e o baixo financiamento generalizado compromete a estrutura do sistema de saúde e, conseqüentemente, esse prejudica a cobertura da assistência e atendimento da população (SANTOS; CAMPOS, 2015). Concomitantemente, os autores mencionam que não é incomum as prefeituras menores mudarem o seu foco, passando a direcioná-lo para a contratação de ambulâncias ao invés de se voltar para a assistência básica, uma vez que existe esse perfil heterogêneo, essa perspectiva atinge todos os sistemas e proporciona essa diferenciação tanto na variação da qualidade e tamanhos das equipes quanto na disponibilidade de recursos e insumos básicos (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Em decorrência dos entraves no processo de planejamento e execução dos serviços de saúde pública, a população se vê afetada por dinâmicas complexas, popularmente denominadas de empurra-empurra, a qual pode ser caracterizada por inabilidade e falta de infraestrutura, ou de fato, pela escassez de uma equipe qualificada (CARVALHO, 2021). Por outro lado, a população pode ser contribuinte de uma superlotação à medida que essa tenta burlar o procedimento padrão de atendimento (SALDIVA; VERAS, 2018).

Um fator que corrobora para a inadequada ação da população, é a interpretação dos fluxos que induzem a não procurar a assistência básica, levando-os a procurar um médico especialista diretamente nos hospitais por meio das esperas de vagas de pacientes que não comparecem para a consulta (desistência); essa ação, mesmo sendo uma forma de conseguir atendimento “rápido”, também pode contribuir para o mecanismo da desorganização do sistema e assim torná-lo ineficiente. Dessa forma, cabe não apenas aos entes públicos a responsabilidade de realizar uma gestão de qualidade dos serviços públicos prestados, assim como os gestores, a população, conforme previsto em lei, tem a responsabilidade de cobrar essas entidades para que atendam às necessidades e o direito à saúde que cada cidadão possui (FERNANDES; SOUSA, 2020), mas também, é atribuído às partes envolvidas, o exercício de conscientização.

Para Siqueira (2019, p. 5): tendo o estigma da burocratização, lentidão, má qualidade, entre outros; o setor público precisa buscar a desburocratização, isto é, simplificar seus processos para alcançar a qualidade, agilidade e eficiência, tão almejadas pelo seu principal cliente: o cidadão.

Assim pode haver ganhos com o processo de simplificação da gestão pública, os quais podem contribuir para uma maior eficiência dos serviços, sendo também uma maneira eficaz de combater o



déficit orçamentário governamental através da redução de custos, alcançando também uma melhoria na qualidade dos serviços prestados à população. Esse processo de desburocratização, no entanto, cobra uma modernização desses serviços de âmbito público com implementação de novos programas e modelos, podendo ser inspirados àqueles aplicados na iniciativa privada (SIQUEIRA, 2019).

ESCASSEZ DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

Uma gestão inadequada leva a diversos problemas, como o caso da escassez de médicos. Vários são os estudos que trazem evidências dessa escassez (PÓVOA; ANDRADE, 2006; CAMPOS; MACHADO, 2009; GIRARDI *et al.*, 2011).

Quando se fala em gestão e aspectos burocráticos, diversos fatores são considerados, como por exemplo, a homologação da Lei nº 12.871/2013, a qual estabeleceu diversas medidas que modificaram de forma essencial diversos aspectos que envolve a formação de especialistas no Brasil, sobretudo na modalidade chamada Residência Médica, como a instituição de avaliação específica anual e a maneira de acesso a determinadas especialidades (ALESSIO; SOUSA, 2016). Esta é uma medida que visa trazer um ganho, ou seja, resultados positivos, mas isso mostra o quão atrasado é o sistema de saúde brasileiro. A implementação desta lei tardiamente mostra que o sistema é precário há muito tempo e um dos aspectos é justamente a dificuldade de acesso a especialidades, reflexo de uma gestão ruim e burocrática, no pior sentido da palavra.

O estudo de Gonçalves, Oliveira Júnior e Mialhe (2021) mostrou que o SUS é precário em diversas especialidades, sendo um problema preocupante. O SUS é a única saída da maioria da população, tendo em vista que a maioria não possui recursos suficientes para buscar um serviço privado de saúde, ou seja, quando não há solução neste sistema, não há mais solução, restando somente a espera e a esperança de conseguir ser atendido, o que pode levar meses ou anos.

Estudo do Ministério da Saúde acerca da necessidade de médicos especialistas trouxe que há certos desequilíbrios na oferta de especialistas, escassez de algumas especialidades, necessidades decorrentes da transição sociodemográfica/epidemiológica, dificuldades no recrutamento de médicos especialistas, assim como distribuição de forma errada de vagas de Residência Médica no país (COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2009). Essa situação perdura até os dias de hoje, pois não houve avanços consideráveis nesses aspectos. Assim, evidencia-se um problema que reflete também em questões da docência, tendo em visto a influência da burocracia na área (COSTA FILHO *et al.*, 2022).



Melhor evidenciando, segundo o estudo de Silva *et al.* (2017), há dificuldades de acesso a especialidades como a cirurgia vascular, proctologia, geriatria, endocrinologia, neurologia, assim como ortopedia, neuropediatria, urologia, reumatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

E como já visto, não é de hoje que isso é um problema, pois isso perdura por anos e anos no Brasil. Um estudo do ano de 2010, no qual buscou-se trazer um índice de escassez de médicos, trouxe que, no ano citado, havia 1280 municípios identificados com essa suboferta (escassez) de médicos (GIRARDI, 2010).

Alguns programas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), foram utilizados como estratégia de fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), o qual surgira para ser responsável pelo aumento do acesso e cobertura assistencial de diversas localidades com elevada carência de atendimento à saúde. No entanto, mesmo com essas tentativas de reforço na política de provimento, sendo estas responsáveis pela inserção de vários profissionais nesta experiência (MÉDICI, 1993 *apud* MACIEL FILHO, 2007), estas estratégias, por si só, não foram suficientes no enfrentamento da má distribuição de médicos no País, pois mesmo com essas tentativas, alguns problemas maiores de gestão e burocráticos influenciaram, assim como nos dias de hoje, no processo, como, por exemplo, o fator econômico e social, dificuldade de fixação, desvalorização, substituição, condições de trabalho e questões da possibilidade de formação e capacitação.

Em 2011 e 2013, o governo federal lançou mais dois programas de provimento, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM), que, frente à necessidade em áreas remotas e desassistidas, busca, além de médicos formados no Brasil e/ou registrados nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), médicos com graduação realizada fora do país, brasileiros e não brasileiros. O que se busca com esses programas é atrair, através de diversas medidas e incentivos (financeiros e não financeiros), médicos para áreas remotas e desassistidas (BRASIL, 2011; 2013). Porém, assim como os programas anteriormente citados, estes também não foram capazes de suprir a carência, não se mostrando suficientes para a solução do problema de escassez e má distribuição de médicos.

Essa suboferta traz diversos problemas, pois apesar de ser mais grave em regiões mais afastadas e carentes, é um problema que existe no sistema de saúde pública em geral. Frequentemente, existe essa escassez de pessoal qualificado em saúde pública e gestão em saúde. Diversos trabalhadores passam por ambientes de trabalho precários, salários muitas vezes irrisórios, falta de apoio dos gestores, insuficiente reconhecimento social e baixo desenvolvimento da carreira (DUSSAULT; DUBOIS, 2003). O sistema



não está preocupado em quem irá exercer tal função, apenas tendo alguém que aceite tais condições, mesmo que precárias, é dado sequência e sem maior preocupação. É visto como uma herança da teoria da burocracia, ou sequência, uma vez que esta traz aspectos relacionados a este preocupante fato; ou seja, se enxerga funções e não pessoas.

Tem-se que a teoria da burocracia de Weber (1924), embora desenvolvida efetivamente tendo em vista a necessidade de uma administração com níveis maiores de controle e rigidez que a administração patrimonialista, já firmou diretrizes para a subsequente administração gerencial. Isso se deu em razão da introdução dos princípios da descentralização, especialização e merecimento. Porém, vê-se que com as diversas precariedades conhecidas dos hospitais públicos, o desafio maior é conseguir realizar com sucesso o serviço essencial do dia-a-dia. Sem equipamentos, sem condições mínimas de trabalho e sem valorização, torna-se cada vez mais difícil contar com pessoas capazes de buscar merecimento, uma vez que nem o mínimo a ser realizado conseguirão, isso sem considerar a dificuldade de contratação e regulamentação,

Depreende-se que este é um grave problema de gestão, pois diversos são os fatores burocráticos que tange o sistema de saúde público brasileiro. No Brasil, cabe ao poder público tanto o planejamento do sistema de assistência médica (uma vez que há o controle do seu financiamento) quanto o planejamento de grande parte da formação de especialistas, por meio da Residência Médica, a qual é subvencionada nas três instâncias de governo (SAMPAIO; MAZZA, 2008). Dessa forma, as autoridades e representantes possuem um grande poder através de mecanismos de indução e regulação da massificação de especialistas, que pode ser utilizado em diversas situações a respeito da carência epidemiológica. São diversos os meios que podem ser utilizados para induzir e regular a situação, que vai desde a negociação com o meio acadêmico, visando a reformulação de grades curriculares, até investimentos diversificados em programas de Residência Médica, porém esbarra-se mais uma vez nas diversas condições burocráticas, mesmo que haja certo poder supracitado.

Além disso, há ainda uma situação em que é preocupante e que agrava um outro problema, a desigualdade regional, pois há uma desigualdade na distribuição dos médicos, tendo como motivo disso a preferência destes em atuarem em cidades de maior porte populacional (centros urbanos) localizados em regiões economicamente mais desenvolvidas. Com isso, as regiões mais remotas e carentes apresentam uma dificuldade muito maior de atratividade e fixação de médicos (GIRARDI *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste ensaio uma compreensão a respeito das implicações da burocracia na desigualdade ocasionada pela escassez de médicos especialistas, fruto de uma herança da teoria da



burocracia, onde tem-se uma gestão inadequada. Notou-se que o problema de gestão ocasionado por uma falta de eficiência na gestão pública de saúde brasileira converge com os processos burocráticos questionados por diversos autores na literatura. Essa problemática se dá pela desigualdade evidente, que faz com que, por conta de haver uma escassez de profissionais especialistas, haja uma preferência pelos grandes centros urbanos, onde, apesar de também precário, há melhores condições de trabalho e estrutura. Ao evidenciar os processos burocráticos que tangem a formação e fixação desses profissionais, percebe-se que, mesmo que o sistema tenha capacidade de intervenção, aspectos ligados a uma falta de dispositivos legais, que, com um esforço, poderia amenizar grande parte do problema. O foco tem sido o estabelecimento de programas que visam uma melhoria, porém sem sucesso.

Fica evidente que há dois caminhos quando se busca saúde pública, que, no final, acabam esbarrando neste mesmo problema, a escassez de médicos especialistas. Vê-se que para os cidadãos dos centros urbanos, apesar de haver mais disponibilidades de hospitais, há, ainda assim, o problema supracitado como empecilho. Já para o cidadão do interior, há mais uma barreira: a desigualdade regional. Como visto, diversos são os problemas para os moradores de zonas rurais quando se trata da busca por saúde. Todo o caminho do SUS, por exemplo, é o mesmo, porém isso só pode ser levado em consideração a partir do momento da chegada ao hospital ou outro local de atendimento médico (e.g. postos de saúde); até que isso aconteça (chegada ao hospital), há, desde muito antes, problemas enfrentados. Dessa forma, além de enfrentar o longo processo até a chegada ao local de atendimento, há ainda o enfrentamento do inevitável problema enfrentado por todos, que é a escassez de médicos especialistas.

O sistema é, ainda, muito precário em termos de eficiência e, verificando quais são os problemas, vê-se que o maior dos problemas é a gestão, a qual enfrenta a burocracia vista em diversos setores da esfera pública. Um cidadão ao precisar de atendimento público, precisa esperar dias ou meses e, às vezes, anos para que consiga ser atendido, o que faz com que o problema seja agravado e que os transtornos perdurem por mais tempo. A falta de processos mais flexíveis faz com que, junto à falta de processos menos rígidos de contratação e apoio à formação, o sistema permaneça precário. Soma-se a isso a falta de gestão e distribuição de recursos, que, por sua vez, eleva a desigualdade regional e o problema de forma geral no sistema público de saúde.

Deste modo, ao olhar a desigualdade regional ocasionada pela gestão inadequada, conclui-se que, o que deveria ser contemplado por todos, acaba sendo privilégio de alguns, que é a curta distância para o hospital. Porém, mesmo que ainda seja um privilégio, ao se necessitar de um serviço especializado, a suboferta de profissionais especialistas faz com que isso se torne nada mais que uma ilusão de atendimento rápido (ou mesmo de ser atendido).



Nesse sentido, como possível forma de solução, tornam-se necessários mais esforços na tentativa de revisar as normas políticas e administrativas em relação à administração pública (MANDARINO; GOMES, 2020). Para Siqueira (2019), a adoção de estratégias utilizadas no setor privado é uma forma eficaz de combater os diversos problemas das disfunções burocráticas. Com isso, um passo importante seria avaliar as etapas dos serviços, visando encontrar ações e normas que não agregam valor e, conseqüentemente, possibilitar a eliminação ou substituição por processos mais simples e eficientes.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. “Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 2, 2016.

ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. “Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros”. **Revista de Saúde Pública**, vol. 46, 2012.

BARBOSA, A. C. Q. *et al.* “Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS”. **APS Em Revista**, vol. 3, n. 2, 2021.

BARBOZA, N. A. S. *et al.* “Teoria da burocracia—o papel político e gerencial no setor público de saúde brasileiro”. **Brazilian Journal of Development**, vol. 6, n. 6, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em 20/10/2021.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Brasília: Planalto, 2013. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em 20/10/2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 2.087, de 01 de setembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 20/10/2021.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. “O acesso às informações sobre diagnóstico e internação à pessoa com transtorno mental”. **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, vol. 11, n. 1, 2015.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. “A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades”. **Saúde para Debate**, n. 44, 2009.

CARDOSO, J. A. F. *et al.* “A contribuição da saúde para o fortalecimento das redes: o avanço na Gestão Pública”. **Pensar Acadêmico**, vol. 14, n. 1, 2016.

CARVALHO, G. P. “Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos?”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 26, 2021.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Editora McGraw Hill, 1987.



COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Avaliação das necessidades de médicos especialistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 20/10/2021

COSTA FILHO, J. V. *et al.* “O lugar que o estado encontra a população: percepção do docente no serviço público”. **Revista Prática Docente**, vol. 7, n. 1, 2022.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. “Human resources for health policies: a critical component in health policies”. **Human Resources for Health**, vol. 1, n. 1, 2003.

FÉLIX, G. T. “Efeitos da Burocracia na Avaliação da Educação Superior”. **Holos**, vol. 6, 2013.

FERNANDES, V. C.; SOUSA, C. L. “Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura”. **Journal of Management and Primary Health Care**, vol.12, n.1, 2020.

GIRARDI, S. N. *et al.* “Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária”. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (org.). **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2011.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à política nacional de promoção da segurança assistencial em saúde**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. J.; MIALHEF, L. “Análise da distribuição de médicos especialistas em microrregiões de saúde na área de consórcios intermunicipais de saúde no Sul de Minas Gerais”. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol.13, n.4, 2021.

LEAL, L. A. *et al.* “Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar”. **Revista Enfermagem UERJ**, vol. 27, 2019.

LIMA, L. C. “Máquinas de administrar a educação: dominação digital e burocracia aumentada”. **Educação e Sociedade**, vol. 42, 2021.

LIPSKY, M. **Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Brasília: ENAP, 2019.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde** (Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MANDARINO, M. L. F.; GOMES, J. S. “A Crença do Uso da Burocracia como Instrumento de Eficiência na Administração Pública”. **Revista FSA**, vol. 17, n. 12, 2020.

MARTINS, H. F. “Em busca de uma teoria da burocracia pública não-estatal: política e administração no terceiro setor”. **Revista de administração contemporânea**, vol. 2, 1998.

MEDEIROS, P. H. R. “Do modelo racional-legal ao paradigma pós-burocrático: reflexões sobre a burocracia estatal”. **Organizações e Sociedade**, vol. 13, n. 37, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. “História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 21, 2014.



MIGOTT, A. M.; GRZYBOVSKI, D.; SILVA, L. A. A. “A aplicação conceitual da teoria burocrática na área da enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo - RS”. **Caderno de Pesquisa em Administração**, vol. 8, n. 1, 2001.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. T. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Editora Cengage Learning Edições, 2008.

OLIVEIRA, E. X.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. “Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar”. **Caderno de Saúde Pública**. vol. 20, n. 2, 2004.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* “Uma Análise da Gestão dos Processos e da Implementação das Público-Privadas no Campus Pinheiral do Instituto Federal do Rio De Janeiro”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 9, n. 26, 2022.

PAIM, J. S. “Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 23, 2018.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. “Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 22, n. 8, 2006.

REZENDE, F. C. “Razões da Crise de Implementação do Estado Gerencial: Desempenho Versus Ajuste Fiscal”. **Revista de Sociologia e Política**, n. 19, 2002.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. “Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras”. **Estudos Avançados**, vol. 32, 2018.

SAMPAIO, A. P.; MAZZA, T. “A formação de médicos especialistas e a demanda por assistência hospitalar no sistema único de saúde no estado de São Paulo”. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 22, n. 2, 2008.

SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; DE CAMPOS MELLO, T. R. “Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil”. **Humanidades e Inovação**, vol. 7, n. 5, 2020.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. “SUS Brasil: a região de saúde como caminho”. **Saúde e Sociedade**, vol. 24, n. 2, 2015.

SANTOS, M. **Espaço do Cidadão**. São Paulo: Editora Nobel, 1993.

SANTOS, T. B. S. *et al.* “Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, 2020.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, M.; CASSENOTE, A. (coords.). **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

SENA, T. S.; COSTA, M. L. “Reflexões sobre a inserção da temática gestão da clínica na formação profissional em saúde”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 40, 2016.

SENHORAS, E. M. “Políticas públicas nos anos noventa: um ensaio sobre as causas e implicações da crise do Estado brasileiro de Bem Estar Social”. **Revista Oikos**, vol. 2, n. 2, 2003.



SILVA, C. R., *et al.* “Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 4, 2017.

SILVA, R. O. **Teorias da Administração**. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2005.

SIQUEIRA, A. **O desafio da desburocratização dos serviços públicos municipais** (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública). Tubarão: UNISUL, 2019.

SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. “Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 33, 2017.

TIBÉRIO, A. A.; SOUZA, E. M.; SARTI, F. M. “Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú”. **Saúde e Sociedade**, vol. 19, 2010.

TRAGTENBERG, M. **Burocracia e Ideologia**. São Paulo: Editora Ática, 1992.

TRAVASSOS, C. M. R.; CASTRO, M. S. M. "Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde". *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VOLPATO, E. C. F.; HALISKI, A. “Processo de transformação dos modelos de Estado e o papel do terceiro setor”. **Revista Quaestio IURIS**, vol. 11, n. 2, 2018.

WEBER, M. **Gesammelte Aufsätze zur Soziologie und Sozialpolitik**. Tübingen: Mohr, 1924.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano V | Volume 13 | Nº 37 | Boa Vista | 2023

<http://www.ioles.com.br/boca>

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávoro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima