
Administração da Saúde Pública do Brasil sob a perspectiva da Teoria da Burocracia: deficiência de médicos especializados e disparidade regionais na acessibilidade

Public Health Administration in Brazil from the perspective of Bureaucracy Theory: deficiency of specialized doctors and regional disparities in accessibility

Gisele Romagna Stocco¹ ; Deivson Fabio Viana Santana Mundim² ;
Elcimar Neves de Araújo Furtado³ 

¹Graduada em Medicina pela Universidade Federal Do Paraná (UFPR); Pós-graduada em Psiquiatria pela Universidade Federal do Paraná, reconhecido pela Associação Médica Brasileira e Associação Brasileira de Psiquiatria; Especialista em Medicina Legal e perícia médica pela Associação Médica Brasileira e Associação Brasileira de Medicina Legal e perícias médicas; Mestranda em Saúde pela Integralize. ²Médico pela Universidade Federal da Bahia. Pediatra pelas Obras Sociais Irmã Dulce; Pediatric Leadership Program (PLP) pela Harvard Medical School 2020; MBA Inovação e Gestão em Serviços de Saúde (PUCRS); Mestrado em Gestão Estratégica em Saúde (UnaAtlântico, Santander-Espanha); Xponential Business Administration Programa (StartSe University e Nova Universidade - Lisboa); Leadership Innovation Program (StartSe e Hebrew University); Membro associado do Colégio Brasileiro de Executivos em Saúde; Programa de Imersão em Inovação em Saúde (Vale do Silício - StartSe University). ³Pós graduação em saúde da Família; Pós-graduação em pediatria; Pós-graduação em alergia; Mestranda em Saúde Pública pela Unini-MX.

Recebido: 03/06/2024 | Aprovado: 08/07/2024 | Publicado: 15/06/2024

Introdução: A administração pública burocrática veio substituir as formas patrimonialistas de gestão, ganhando importância em função da necessidade de maior previsibilidade e precisão no tratamento das questões organizacionais.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo destacar a relação entre a disparidade regional no acesso aos serviços de saúde especializados no Brasil e a estrutura burocrática do Sistema Único de Saúde (SUS), examinando a gestão de saúde pública brasileira à luz da teoria da burocracia. **Metodologia:** Com base em pesquisa empíricas e documentos governamentais, incluindo análises de fontes como Sistema Único de Saúde (SUS), foram abordadas algumas questões relacionadas ao tema, incluindo reflexões sobre a burocracia, administração pública no Brasil, escassez de profissionais de saúde especializados e alocação de recursos, bem como as consequências adversas para a população quando não consegue acessar os serviços públicos de saúde. **Resultados:** Identificamos evidências que apontam para duas trajetórias distintas: uma para os cidadãos que residem em áreas urbanas e outra para os residentes de áreas rurais e remotas. Essa disparidade regional é atribuída à gestão precária com distribuição concentrada dos recursos de saúde. **Conclusão:** A carência de médicos especializados é um problema significativo que afeta ambas as trajetórias, tanto para os cidadãos que residem em áreas urbanas quanto para os residentes de áreas rurais e remotas. Essa carência resulta dos processos burocráticos relacionados à formação e à fixação desses profissionais, incluindo a distribuição desigual de vagas de residência médica e a falta de incentivos para a fixação de profissionais em áreas menos desenvolvidas.

Palavras-chave: Disparidade Regional. Serviço de Saúde. SUS. Teoria da Burocracia.

Introduction: Bureaucratic public administration replaced patrimonial forms of management, gaining importance due to the need for greater predictability and precision in the treatment of organizational issues. **Objective:** This study aims to highlight the relationship between regional disparity in access to specialized health services in Brazil and the bureaucratic structure of the Unified Health System (SUS), examining Brazilian public health management in light of the theory of bureaucracy. **Methodology:** Based on empirical research and government documents, including analyzes of sources such as the Unified Health System (SUS), some issues related to the topic were addressed, including reflections on bureaucracy, public administration in Brazil, shortage of specialized health professionals and allocation of resources, as well as the adverse consequences for the population when they are unable to access public health services. **Results:** We identified evidence that points to two distinct trajectories: one for citizens residing in urban areas and another for

residents of rural and remote areas. This regional disparity is attributed to poor management with concentrated distribution of health resources. Conclusion: The shortage of specialized doctors is a significant problem that affects both trajectories, both for citizens residing in urban areas and for residents of rural and remote areas. This shortage results from the bureaucratic processes related to the training and retention of these professionals, including the unequal distribution of medical residency places and the lack of incentives for the retention of professionals in less developed areas.

Keywords: Regional Disparity. Health Service. SUS. Bureaucracy Theory.

1 Introdução

Diversas organizações utilizam a teoria da burocracia como parte de seus estudos organizacionais. Essa teoria, concebida por Max Weber no século XIX (1924), surgiu como uma resposta às injustiças que afligiam a sociedade durante a era de expansão industrial. A estrutura hierárquica de poder proposta por Weber resultou em uma série de mudanças associadas ao progresso social, como o surgimento de desigualdades de poder entre as classes e a injustiça que frequentemente acompanha a modernidade (Oliveira et al., 2023; Barboza et al., 2020).

Isso contribuiu para uma relação dominadora fundamentada em uma cultura protestante que favoreceu os segmentos mais privilegiados da sociedade. No entanto, a teoria da burocracia também foi alvo de críticas devido aos abusos de caráter técnico e efetivo, bem como à rigidez excessiva e às decisões excessivamente formais, características defendidas por Weber como parte do modelo burocrático, mas que foram percebidas como desprovidas de humanidade e autonomia, refletindo uma falta de sensibilidade em um mundo cada vez mais racionalizado, que se afastava de fundamentos éticos irracionais (Migott et al., 2001).

Além disso, é importante ressaltar que a teoria da burocracia teve impactos significativos na organização e no funcionamento de instituições governamentais e empresariais ao longo do século XX. Ela trouxe consigo a busca pela eficiência e pela padronização dos processos, mas também gerou preocupações relacionadas à burocratização excessiva e à alienação dos trabalhadores (Barboza et al., 2020). Portanto, é fundamental avaliar de maneira crítica as implicações dessa teoria no contexto atual, considerando os desafios contemporâneos de gestão e a necessidade de equilibrar a eficiência organizacional com a humanização das relações de trabalho e a promoção da justiça social.

Essa estrutura organizacional rígida permanece presente em várias esferas da sociedade contemporânea, gerando possíveis desafios para os grupos menos privilegiados. Isso é especialmente evidente no âmbito do sistema público de saúde, que é o foco deste estudo, e que enfrenta sérias dificuldades na garantia dos direitos da população brasileira. Problemas como a escassez de médicos especialistas e a má distribuição de recursos contribuem para o surgimento de uma significativa desigualdade regional (Guedes & Silva, 2023)

Sem deixar de mencionar que a teoria da burocracia, embora tenha se mostrado eficaz em algumas áreas, como educação, também gerou críticas relacionadas à excessiva formalidade e à falta de flexibilidade em lidar com questões complexas e variáveis (Felix, 2013). Nesse contexto, a análise crítica da aplicação da teoria

da burocracia se torna uma ferramenta valiosa para aprimorar a eficiência e a equidade na gestão pública e, assim, garantir o acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade em todas as regiões do Brasil.

A saúde pública no Brasil é caracterizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, representando um marco significativo na prestação de serviços de saúde no país. No entanto, é importante reconhecer que o SUS enfrenta desafios consideráveis que afetam sua eficácia e capacidade de proporcionar cuidados de qualidade e acesso universal. Problemas como burocracia excessiva, má gestão, distribuição inadequada de recursos (bens e serviços), escassez de profissionais de saúde, disparidades sociais e culturais entre diferentes regiões são fatores que comprometem a eficiência do SUS (Sena & Costa, 2016). Esses desafios são, em grande parte, consequência do lado negativo da burocracia que afeta o sistema.

A burocracia no contexto do SUS pode levar a impactos adversos, como atrasos na tomada de decisões, excesso de regulamentação e falta de flexibilidade para lidar com as complexidades do setor de saúde (Guedes & Silva, 2023). Esses obstáculos podem prejudicar a capacidade do sistema de responder eficazmente às necessidades em constante evolução da população brasileira, resultando em lacunas no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento (Barboza et al., 2020). Portanto, a análise crítica da burocracia no SUS e a busca por abordagens mais adaptáveis e centradas no paciente são fundamentais para superar esses desafios e garantir que o sistema de saúde brasileiro atenda às expectativas de seus cidadãos em todas as regiões do país.

Não obstante a perspectiva anteriormente discutida, é fundamental considerar outros desafios que afetam significativamente os serviços de saúde pública, particularmente em relação à acessibilidade e ao deslocamento dos cidadãos até os locais de atendimento público de saúde. A realidade é que apenas uma parcela da população consegue efetivamente usufruir dos serviços de saúde pública, uma vez que a acessibilidade e a distribuição de recursos (bens e serviços) não são uniformes em todas as áreas do país.

Além disso, a ineficiência da Burocracia de Nível de Rua, responsável pela implementação direta das políticas públicas junto aos cidadãos, em conformidade com o planejamento elaborado pelos níveis superiores das instituições governamentais, também se configura como um desafio crítico (Paludo & Oliveira, 2019). Esta premissa encontra respaldo no estudo realizado por Fernandes e Sousa (2017), que evidencia a disparidade na disponibilidade de serviços de saúde pública entre diferentes macrorregiões, resultando em desigualdades que podem, inclusive, impactar negativamente a taxa de mortalidade.

A complexa interação entre a geografia e o acesso à saúde pública é um tema de crescente relevância, especialmente considerando o vasto território do Brasil e as características geográficas diversas do país (Barbosa, 2021). Os desafios relacionados ao deslocamento geográfico dos cidadãos até os serviços de saúde podem levar não apenas a problemas de mortalidade, como mencionado anteriormente, mas também a dificuldades na obtenção de atendimento oportuno, o que pode agravar condições de saúde já existentes e gerar custos adicionais para o sistema de saúde (Girardi et al., 2011). Portanto, a necessidade de abordar de maneira abrangente a acessibilidade aos serviços de saúde pública, considerando as particularidades regionais, é um aspecto crítico para a promoção da equidade e da eficiência no sistema de saúde brasileiro (Cardoso et al., 2016).

Conseqüentemente, a desigualdade na distribuição de recursos, que resulta na falta de estrutura, equipamentos e pessoal em regiões rurais (Guedes & Silva, 2023), torna o acesso aos serviços de saúde um desafio significativo. A acessibilidade aos serviços de saúde se torna uma questão crucial, especialmente quando se necessita de cuidados médicos (Santos et al., 2020). As desigualdades sociais que prevalecem de maneira geral na sociedade refletem-se também na disponibilidade e no acesso aos serviços de saúde, agravando-se devido à burocracia que permeia o sistema (Santos et al., 2020). Conseqüentemente, os cidadãos muitas vezes enfrentam a necessidade de deslocamento, o que agrava ainda mais os problemas enfrentados. Essa situação é agravada pela precariedade das vias de acesso, longas distâncias e pela falta de meios de transporte adequados (Silva et al., 2017).

Vale ressaltar que as barreiras geográficas e de transporte que afetam o acesso aos serviços de saúde podem ter um impacto significativo na saúde da população, uma vez que atrasos no atendimento podem resultar em complicações médicas e agravar condições de saúde preexistentes (Souza et al., 2017). Essa situação também gera custos adicionais para o sistema de saúde, já que muitas vezes é necessário o transporte de pacientes para centros de atendimento mais distantes (Travassos & Castro, 2018). Portanto, a melhoria da infraestrutura de saúde em áreas rurais e a promoção de políticas que reduzam as disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde são passos essenciais para garantir que todos os cidadãos tenham igualdade de oportunidades quando se trata de cuidados médicos (Almeida & Szwarcwald, 2012)

Ademais, é fundamental reconhecer que a complexidade dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde pública brasileiro vai além da mera disponibilidade de atendimentos especializados. Além de garantir o acesso inicial aos serviços de saúde, é igualmente crucial garantir a continuidade do cuidado, a coordenação eficaz entre os diversos níveis de atendimento e a qualidade do acompanhamento médico a longo prazo (Oliveira et al., 2022). Essas questões têm implicações profundas na experiência do paciente e no resultado de seu tratamento, e são influenciadas pela estrutura burocrática do sistema de saúde. Portanto, a análise crítica da burocracia no SUS não deve se limitar apenas à disponibilidade de recursos, mas também considerar como a gestão burocrática impacta a experiência dos pacientes e a eficácia dos tratamentos ao longo do tempo (Oliveira et al., 2023).

Nesse contexto, o objetivo deste ensaio é elucidar a relação intrínseca entre a disparidade regional no acesso a atendimentos especializados na saúde pública brasileira e a estrutura burocrática que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). Para melhor compreensão do tema em questão, este ensaio está dividido em sete seções. Na segunda seção, abordaremos as trajetórias enfrentadas pelos usuários dos serviços públicos de saúde, enquanto a terceira seção discutirá a concepção de burocracia e suas implicações na gestão da saúde pública. Na quarta seção, destacaremos a relação entre a burocracia e a garantia dos direitos à saúde pública no Brasil. A quinta seção analisará a distribuição de recursos no sistema de saúde pública brasileiro e os transtornos que dela advêm. A sexta seção abordará a problemática da escassez de médicos especialistas. Por fim, a última seção apresentará as considerações finais, enfatizando que a saúde pública é apenas a etapa inicial no processo enfrentado pelo cidadão, visto que após o atendimento com o especialista, muitas vezes há a necessidade de

tratamento contínuo e encaminhamentos adicionais, o que pode levar o usuário a retornar ao ponto de partida do processo novamente.

2 Caminhos enfrentados pelo usuário do serviço público de saúde

Nos grandes centros urbanos, onde a demanda por serviços de saúde é significativa, ainda existem desafios substanciais em relação à saúde pública, o que nos leva a imaginar as zonas rurais, frequentemente distantes e muitas vezes negligenciadas em termos de atenção à saúde. Nessas regiões, os problemas enfrentados são diversos, abrangendo desde a escassez de hospitais e médicos até a falta de infraestrutura de transporte e as dificuldades de acionamento desses recursos. A acessibilidade geográfica, que desempenha um papel fundamental no acesso aos serviços de saúde, é fortemente influenciada pela distribuição desigual de bens e serviços. Isso significa que apenas os cidadãos com capacidade de deslocamento até os locais onde esses recursos estão disponíveis têm a possibilidade de usufruir deles, uma vez que a acessibilidade não é uniforme em todas as regiões do país (Santos, 2015).

Além disso, é importante ressaltar que as disparidades na acessibilidade geográfica têm implicações diretas na equidade em saúde. As populações rurais, frequentemente privadas de acesso adequado aos serviços de saúde, enfrentam maior vulnerabilidade a doenças e têm menos oportunidades de receber cuidados preventivos e tratamento oportuno (Scheffer et al., 2021). Isso contribui para o agravamento de condições de saúde, aumenta os custos de tratamento e impacta negativamente a qualidade de vida dessas comunidades. Portanto, a abordagem das disparidades geográficas na saúde pública é um aspecto substancial para a promoção da igualdade de acesso aos serviços de saúde e para a melhoria do bem-estar das populações rurais e de todas as regiões do Brasil (Barboza et al., 2020)

Essa realidade é amplamente atribuída a uma distribuição deficiente dos recursos públicos destinados à saúde. A falta de infraestrutura nas áreas mais remotas do país obriga muitos cidadãos que necessitam de atendimento especializado a percorrerem longas distâncias. Devido à gestão ineficiente e à disparidade na distribuição de serviços de saúde, a situação é ainda mais complicada para as pessoas que residem em regiões rurais e afastadas. A necessidade de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde pode ser avaliada com base em indicadores como o custo financeiro/preço e/ou o tempo gasto, sendo a distância um fator determinante na dificuldade de acesso (Oliveira et al., 2020).

O estudo conduzido por Sousa et al. (2017) trouxe à tona dados alarmantes sobre o deslocamento das parturientes na Bahia em 2014. Constatou-se que 24,8% dos partos normais ocorreram fora do município de residência. Além disso, o estudo revelou uma disparidade significativa entre as macrorregiões do estado, com taxas de deslocamento de 44,8% para a região Nordeste, 30,9% para a Centro-Norte e 38,8% para a região Sul. Observou-se ainda que aproximadamente 10% dos municípios apresentaram deslocamentos menores que 5 km, enquanto outros 10% registraram distâncias superiores a 50 km, com uma mediana de 21,1 km e uma média de 26,2 km, influenciada pelos valores extremos de deslocamento. Além disso, as distâncias médias

percorridas pelas parturientes variaram consideravelmente entre as macrorregiões, indo de 98,5 km na região Norte a 35,8 km na região Leste.

Esses dados revelam um problema complexo e preocupante, uma vez que o deslocamento geográfico excessivo pode ter sérias implicações para a saúde das parturientes e de seus bebês. Além do impacto nas condições de saúde materna e infantil, a necessidade de percorrer longas distâncias para o parto também representa uma carga emocional e financeira significativa para as famílias envolvidas. Essas informações corroboram os achados de Almeida & Szwarcwald (2012), que demonstraram que o aumento do deslocamento geográfico está associado a um aumento no coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Portanto, a análise desses deslocamentos no contexto do acesso aos serviços de saúde é fundamental para a formulação de políticas e intervenções que visem a melhorar a qualidade do atendimento às parturientes e a reduzir as disparidades regionais no sistema de saúde.

Indubitavelmente, o acesso geográfico é um elemento de extrema importância na busca por serviços de saúde adequados. As condições de saúde de uma população estão inegavelmente interligadas com os padrões de desigualdades sociais, e é fundamental reconhecer que essas desigualdades também se refletem no acesso aos serviços de saúde. Isso abrange não apenas a disponibilidade de serviços médicos, mas também a acessibilidade a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a disponibilidade de recursos humanos qualificados (Travassos & Castro, 2008).

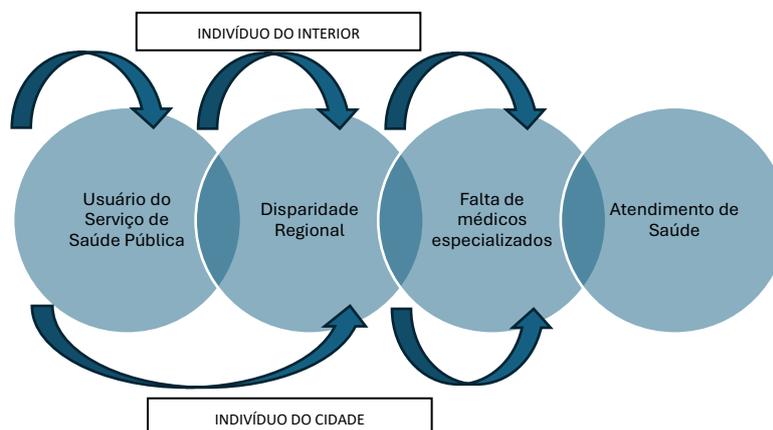
No entanto, vale ressaltar que as desigualdades no acesso não se limitam apenas à disponibilidade geográfica, mas também abrangem outros fatores, como a renda, a educação e as barreiras culturais. Para muitos indivíduos em áreas remotas ou economicamente desfavorecidas, o acesso aos cuidados de saúde é um desafio multifacetado (Brito & Ventura, 2015). Além das dificuldades relacionadas à distância física, esses indivíduos podem enfrentar barreiras financeiras, falta de informações sobre seus direitos à saúde e até mesmo obstáculos culturais que os impedem de buscar assistência médica quando necessário (Campos et al., 2019). Contudo, a promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde não se resume apenas à expansão da infraestrutura de saúde em áreas rurais ou remotas, embora isso seja fundamental. É também uma questão de abordar as desigualdades sociais subjacentes que afetam o acesso, garantindo que todas as pessoas, independentemente de sua localização geográfica ou situação socioeconômica, tenham a oportunidade de receber cuidados de saúde de qualidade quando precisarem. Essa é uma meta fundamental para o fortalecimento do sistema de saúde e para a melhoria da saúde da população como um todo (Brasil, 1988)

De fato, os desafios enfrentados pelos cidadãos que necessitam de atendimento médico especializado em áreas rurais e remotas são multidimensionais. Além da escassez de profissionais de saúde e hospitais, a necessidade de deslocamento é agravada pelas precárias condições de transporte, que podem resultar da falta de veículos adequados ou das más condições das vias de acesso, frequentemente não asfaltadas e de difícil acesso (Costa et al., 2022). Nesse contexto, os cidadãos que residem em áreas rurais frequentemente enfrentam longas esperas por um transporte que possa levá-los aos centros urbanos onde os médicos especialistas estão localizados (Girardi, 2010; Gonçalves et al., 2021). Além disso, há desafios adicionais relacionados à

comunicação e à burocracia envolvida na solicitação e aprovação do transporte, o que prolonga ainda mais o processo (Brito & Ventura, 2015). De acordo com Scheffer et al. (2011), a análise da demografia médica no Brasil destaca as acentuadas desigualdades na distribuição de profissionais de saúde em diversas circunstâncias.

Diante dessa complexidade, este ensaio destaca dois caminhos distintos enfrentados pelos usuários do serviço público de saúde: o do cidadão residente em centros urbanos e o do cidadão que vive em regiões rurais ou remotas. Esses caminhos, como ilustrado na Figura 1, evidenciam as disparidades no acesso aos serviços de saúde no Brasil. Enquanto os cidadãos urbanos podem ter um acesso relativamente mais facilitado aos recursos médicos especializados, aqueles que residem em áreas afastadas enfrentam uma série de desafios adicionais que podem afetar significativamente sua capacidade de receber atendimento médico oportuno e de qualidade. Portanto, a compreensão dessas realidades é essencial para informar políticas e estratégias que busquem reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e promover uma distribuição mais equitativa de recursos médicos em todo o país.

Figura 1 – Caminho ao acesso a assistência em saúde.



Fonte: Adaptado de Guedes e Silva (2023)

Diante dos inúmeros desafios identificados no sistema de saúde pública, a escassez de médicos especialistas emerge como uma barreira significativa tanto para os cidadãos residentes em centros urbanos quanto para aqueles que vivem em áreas rurais (Campos et al., 2019). As dificuldades relacionadas à formação, contratação e fixação de médicos especializados contribuem para essa carência, tornando-a um dos problemas mais graves do sistema público de saúde (Campos et al., 2019).

Mesmo nas grandes cidades, onde a concentração de hospitais é maior, a escassez de especialistas persiste, o que significa que a proximidade geográfica não é suficiente para garantir um acesso facilitado a esses profissionais (Ciges, 2019). Os processos burocráticos envolvidos nos encaminhamentos de pacientes acabam por anular a vantagem da curta distância, já que o sistema como um todo é permeado por essas complexidades burocráticas (Carvalho, 2021). Embora a escassez de médicos especialistas possa parecer um problema passível de solução, ele está intrinsecamente ligado à gestão pública de saúde, e suas raízes podem ser profundas e difíceis de abordar (Scheffer et al., 2021). Isso reflete a necessidade de uma análise aprofundada das práticas de

gestão de saúde pública e da aplicação da teoria da burocracia, com vistas a identificar e resolver os problemas subjacentes. Nos próximos trechos, serão abordados aspectos específicos da teoria da burocracia e da gestão de saúde pública, visando uma compreensão mais completa dessas questões críticas.

3 Concepções da burocracia e sua implicação na Saúde Pública brasileira

A burocracia, como sistema organizacional, teve sua origem no século XIX e foi desenvolvida por Max Weber como uma resposta às complexidades da época, especialmente durante o período de rápido crescimento e transformações significativas, como a Revolução Industrial (Barboza, 2020). Esse período não apenas testemunhou o avanço da industrialização, mas também enfrentou uma série de desafios sociais e econômicos relacionados ao rápido crescimento da sociedade. Entre esses desafios estavam as dificuldades enfrentadas pelas classes sociais mais desfavorecidas, a crescente disparidade de poder, a emergência de desigualdades e injustiças associadas à modernidade (Guedes & Silva, 2023).

É importante reconhecer que a burocracia, como sistema de organização, não estava apenas ligada ao contexto industrial, mas também à necessidade de estabelecer estruturas de controle eficazes em uma sociedade em rápida evolução. Ela se tornou uma resposta à complexidade crescente das organizações e das tarefas a serem realizadas (Paludo & Oliveira, 2024). A ênfase na hierarquia, na formalidade e na divisão do trabalho, características centrais da burocracia, foi projetada para trazer ordem e eficiência em um ambiente cada vez mais complexo. Portanto, compreender a evolução da burocracia é essencial para analisar como ela influenciou a gestão pública de saúde e sua relação com a desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde no Brasil (Paludo & Oliveira, 2024).

A burocracia, como modelo organizacional, não se limita apenas à perspectiva da dominação, mas também se caracteriza por um conjunto de normas e regulamentos que governam seu funcionamento. Essas normas incluem formalidades na comunicação, divisão do trabalho, hierarquia de autoridade, procedimentos padronizados, competência técnica e meritocracia, todos essenciais para alcançar a máxima eficiência organizacional (Leal et al., 2019).

Embora a burocracia seja muitas vezes associada à dominação, é importante ressaltar que a abordagem de Weber visava, na verdade, à minimização das injustiças que eram prevalentes na sociedade da época. A implementação de regras e regulamentos estritos tinha como objetivo criar uma estrutura organizacional que fosse imparcial e baseada em critérios racionais e legais, em contraste com formas de autoridade arbitrárias e injustas (Leal et al., 2019). Portanto, a burocracia foi concebida como um meio de estabelecer ordem, eficiência e igualdade nas organizações, incluindo o setor público de saúde. No entanto, sua aplicação e funcionamento podem variar consideravelmente, e é importante analisar como esses princípios burocráticos se traduzem na prática, especialmente no contexto da gestão de saúde pública e suas implicações na desigualdade regional de acesso aos serviços de saúde no Brasil (Barboza et al., 2022).

Analisando os preceitos da teoria burocrática, nota-se que ela se constitui através de normas, rotinas e formalismo institucional das organizações, tratando-se de uma projeção de organização definida como eficiente

por excelência (Oliveira et al., 2022). No entanto, é importante destacar que Weber não abordou aspectos variáveis que também devem ser considerados, relacionados ao indivíduo inserido em uma sociedade cultural, política e racional, que possui autoconhecimento, reflexão e busca por atenção individualizada. A negligência desses aspectos pode resultar em várias disfunções na realização de ações específicas dentro do contexto burocrático.

Entre as disfunções identificadas, destaca-se uma maior internalização das diretrizes, na qual as normas, procedimentos e regras acabam se transformando de meios em objetivos em si mesmos (Guedes & Silva, 2023). Isso pode levar à rigidez excessiva e à falta de adaptabilidade às situações específicas. Além disso, observa-se uma maior despersonalização nos relacionamentos, em que a ênfase recai sobre os cargos e não sobre as pessoas que ocupam esses cargos. A hierarquia também é apontada como base do processo de decisão, muitas vezes priorizando aqueles que ocupam posições mais altas na hierarquia, mesmo que não possuam o conhecimento específico necessário para tomar decisões eficazes em determinado contexto (Guedes & Silva, 2023).

A burocracia também pode ser caracterizada pela excessiva formalidade e conformidade às rotinas, o que implica na necessidade de documentar e formalizar todas as comunicações e ações, muitas vezes resultando em um processo moroso e burocrático. A extrema devoção às normas e procedimentos, a fim de garantir que cada passo seja estritamente seguido, pode levar à perda de eficiência e ao afastamento das necessidades individuais dos cidadãos, especialmente no contexto da gestão de saúde pública (Oliveira et al., 2023). Portanto, é fundamental considerar essas disfunções e buscar um equilíbrio entre a eficiência burocrática e a atenção às necessidades e particularidades das pessoas envolvidas.

De acordo com Motta (2008) e Silva (2005), algumas das consequências das disfunções burocráticas incluem mudanças na personalidade dos participantes que resultam em rigidez, dificuldades no atendimento aos clientes e ineficiência. Além disso, há uma divergência entre os interesses pessoais dos indivíduos e os objetivos formais do sistema organizacional, o que pode gerar conflitos quando ferramentas de supervisão, monitoramento e controle são aplicadas para regular a conduta e o desempenho dos funcionários. Weber, como citado por Chiavenato (1987), argumenta que essas disfunções são consequências do fracasso de processos burocráticos inadequados.

Apesar de ser frequentemente vista como uma fonte de transtornos, é importante ressaltar que a Teoria da Burocracia trouxe contribuições significativas para a ciência da administração, inclusive no contexto da saúde e da enfermagem (Migott et al., 2001). Entretanto, na área da saúde, algumas das disfunções mais comuns incluem o formalismo exacerbado, que pode resultar na transmissão de informações aos pacientes em uma linguagem técnica complexa, conhecida como "hospitalês", dificultando a compreensão por parte dos clientes (Oliveira et al., 2023). Além disso, a excessiva adesão às normas, o comportamento rígido e a resistência a mudanças também são desafios enfrentados nesse contexto, afetando a eficácia e a qualidade dos serviços prestados. Portanto, a gestão na área da saúde precisa encontrar um equilíbrio entre os princípios da burocracia e a necessidade de adaptabilidade e humanização no atendimento aos pacientes.

Max Weber, segundo Tragtenberg (1992), destacou-se como um crítico contundente da burocracia, dedicando-se à investigação dos mecanismos que poderiam minimizar essa forma de dominação patrimonialista. Essa busca por minimização das injustiças, que também foi uma preocupação central de Weber, encontra um exemplo notável no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O SUS representa uma política pública de grande relevância no país, fundamentada nos princípios da universalidade e igualdade na prestação de serviços de saúde, proporcionando assistência a todos os cidadãos, independentemente de distinções (Menicucci, 2014; Barboza, 2020).

A transformação do sistema de saúde brasileiro, antes marcado pelo caráter meritocrático e restrito a uma parcela da população, ocorreu com a promulgação da Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito fundamental de todos os brasileiros. Esse marco legal permitiu o surgimento de um sistema público, universal e descentralizado, com o objetivo geral de promover uma maior igualdade no bem-estar da população (Barboza, 2020). No entanto, é importante destacar que o caminho percorrido pelo SUS envolveu lutas, mobilização e esforços de muitas pessoas, e, mesmo após se tornar um direito universal, suas conquistas continuam enfrentando desafios relacionados à inclusão e exclusão social (Barboza, 2020).

Portanto, a Constituição Federal de 1988 e a subsequente Lei Orgânica da Saúde de 1990 representaram marcos cruciais na história da saúde pública brasileira, alinhando o país com princípios de universalidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde. No entanto, é fundamental reconhecer que, apesar dos avanços, persistem desafios significativos na busca pela plena implementação desses princípios e na superação das desigualdades sociais que afetam o sistema de saúde brasileiro.

A análise desses problemas revela que a complexidade do sistema de saúde brasileiro vai além das questões legais e estruturais. O SUS enfrenta desafios multifacetados que abrangem aspectos econômicos, gestão, disponibilidade de profissionais em diversas especialidades, terceirização de serviços, escassez de insumos como medicamentos, falta de leitos, excessiva burocracia, desumanização dos serviços e precárias condições de trabalho (PAIM, 2018). Esses desafios evidenciam a necessidade de abordar não apenas aspectos normativos e legais, mas também questões práticas e sistêmicas que afetam a eficácia do sistema de saúde.

A persistência desses problemas indica que a implementação efetiva dos princípios do SUS, como universalidade e igualdade no acesso à saúde, requer não apenas a promulgação de leis, mas também a transformação de uma cultura que tende a promover a diferenciação e o individualismo em vez da solidariedade e da coletividade (Paim, 2018; Barbosa, 2020). Nesse sentido, é fundamental que as políticas públicas de saúde estejam alinhadas com a promoção de uma cultura que valorize a igualdade e a inclusão, buscando superar as desigualdades que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Além disso, é preciso enfrentar os desafios práticos que afetam a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde, como a escassez de recursos e a burocratização, a fim de garantir que o acesso à saúde seja verdadeiramente universal e igualitário.

Os desafios enfrentados pelo SUS em relação à burocracia são reflexos de uma realidade mais ampla que permeia a gestão de organizações hospitalares. A abordagem taylorista e burocrática, embora tenha suas vantagens em termos de disciplina, especialização de funções e hierarquia, pode se tornar problemática quando

aplicada de maneira excessiva, resultando em disfunções e no engessamento da organização de saúde. Isso ocorre quando a ênfase excessiva nas normas e rotinas leva a uma rigidez que dificulta a adaptação a situações específicas e a resposta ágil às necessidades dos pacientes (Brito, 2015).

Além disso, a comunicação verticalizada, característica da burocracia, pode limitar a troca de informações e a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, o que pode afetar negativamente a qualidade do atendimento e a eficiência dos processos. Nesse contexto, é importante considerar abordagens mais flexíveis e adaptativas à gestão de organizações de saúde, que permitam maior agilidade e colaboração interdisciplinar, sem abandonar completamente os princípios da disciplina e da hierarquia, mas buscando um equilíbrio que atenda às demandas complexas do setor de saúde (Saldiva & Veras, 2018; Leal et al., 2019).

Portanto, a gestão de organizações hospitalares enfrenta o desafio de conciliar a necessidade de cumprir normas e procedimentos essenciais para a qualidade e segurança dos serviços com a flexibilidade e adaptabilidade requeridas para lidar com as demandas variáveis e complexas da área de saúde. Essa conciliação se torna ainda mais crucial em um contexto de constante evolução das práticas médicas e das expectativas dos pacientes em relação ao atendimento.

4 A burocracia e a garantia dos direitos a Saúde Pública brasileira

A transição da burocracia para a administração pública gerencial foi motivada pela inadequação do modelo burocrático em atender às demandas de um mercado em constante evolução e flexibilidade (Paludo & Oliveira, 2024). No entanto, essa transição não se deu de forma imediata nem sem desafios. A administração pública gerencial, surgida no século XX, representou uma mudança significativa no paradigma de gestão pública, buscando enfrentar as crises fiscais do estado e promovendo estratégias voltadas para a redução de custos e o aumento da eficiência na prestação de serviços sob responsabilidade do Estado (Cardoso, 2016).

Nesse novo modelo de gestão, destacam-se princípios como a participação democrática dos cidadãos, a ênfase na eficiência e qualidade dos serviços públicos, a gestão flexível e a busca por métodos de avaliação que pudessem mensurar o desempenho e a efetividade das ações governamentais. Entre os benefícios esperados com essa mudança de paradigma estão a redução das despesas públicas, o desenvolvimento de instrumentos eficazes de avaliação, a melhoria na prestação de serviços e a conscientização sobre a importância do planejamento no setor público (Rezende, 2002; Paula, 2005).

Contudo, é importante ressaltar que a transição para a administração pública gerencial não foi isenta de desafios e resistências. A implementação dessas novas práticas de gestão demandou adaptações significativas nas estruturas organizacionais e nos processos de tomada de decisão, além de enfrentar questões políticas e culturais que permeiam a administração pública. Assim, embora tenha representado um avanço em direção a uma gestão mais eficiente e voltada para o atendimento das necessidades da sociedade, a administração pública gerencial ainda enfrenta desafios no seu processo de consolidação e aprimoramento (Siqueira, 2019).

No contexto da administração pública gerencial, é fundamental destacar a estreita relação entre a gestão democrática e o planejamento de serviços públicos. Esses elementos devem estar alinhados com uma série de

direitos concedidos aos cidadãos na sociedade. No Brasil, por exemplo, o direito à saúde é estabelecido por leis, conforme prevê o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que visa à 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 respaldo legal impulsionou a adoção de uma abordagem inovadora, caracterizando o conceito de saúde ampliada no país (Cardoso, 2016).

Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) atribui ao setor público a responsabilidade de organizar, fiscalizar e orientar a participação do setor privado para apoiar as ações e a prestação de serviços de saúde. O artigo 198 da CF/88 estabelece critérios para o subsídio de outros órgãos na gestão da saúde, incluindo a descentralização para direcionar a cada esfera de governo, "o atendimento integral sem prejudicar o acesso à assistência, a participação dos interessados, que são os cidadãos", e a alocação de recursos orçamentários do Sistema Único de Saúde (SUS) provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1988, p.78). Esse conjunto de princípios e diretrizes reforça o compromisso do Estado em promover um sistema de saúde inclusivo e equitativo para toda a população brasileira.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) desempenha um papel fundamental na estruturação das políticas de saúde e na promoção de parcerias interorganizacionais que fortalecem o campo da saúde pública no Brasil. A democratização da sociedade brasileira e a descentralização dos recursos, beneficiando a autonomia dos municípios, representam avanços significativos (Senhoras, 2003; Santos; et al., 2020). Contudo, mesmo com essa transição de uma estrutura burocrática rígida para uma gestão flexível e descentralizada, esse modelo de gerenciamento não se mostra suficiente para atender às diversas demandas e realidades das necessidades da população brasileira, especialmente quando se trata da prestação de serviços que são legalmente garantidos como direitos dos cidadãos. Nesse contexto, uma série de fatores contribui para dificultar a entrega de serviços de qualidade, incluindo uma gestão inadequada marcada pela improbidade administrativa, falta de planejamento, escassa comunicação, limitada participação dos cidadãos, práticas corruptas e considerações econômicas (Cardoso, 2016; Paim, 2018).

Ademais, a persistência de uma cultura paternalista ou patrimonialista em alguns municípios agrava ainda mais a inadequação na gestão pública. Nesses casos, representantes públicos eleitos frequentemente priorizam seus interesses pessoais, em uma relação de soberania, em detrimento do bem-estar público. É importante ressaltar que a eficácia da gestão social e dos serviços prestados varia significativamente entre os municípios, sendo influenciada pelo contexto local, pela cultura administrativa municipal e pelos recursos financeiros alocados para cada região (CARDOSO, 2016; PAIM, 2018). Portanto, para superar essas barreiras e proporcionar uma prestação de serviços de saúde verdadeiramente eficaz e equitativa, é essencial abordar não apenas a estrutura organizacional, mas também a cultura administrativa e a integridade da gestão pública em todos os níveis de governo.

5 Os Transtornos Ocasionados

Conforme ressaltado por Mandarinó e Gomes (2020), o mau uso da burocracia acarreta um déficit generalizado que afeta tanto os gastos financeiros quanto os bens e serviços fornecidos, resultando em uma considerável ineficiência nos serviços públicos. Essa ineficiência muitas vezes está associada à crença equivocada de que a burocracia é sinônimo de eficiência, uma concepção que contrasta com os esforços para transformar um modelo de gestão profundamente arraigado no patrimonialismo. É importante destacar que, em sua concepção original proposta por Weber, o modelo burocrático realmente busca alcançar a máxima eficiência, mas o excesso de procedimentos formais, conhecido como "disfunção burocrática", pode resultar em rigidez e lentidão nos processos administrativos.

No que diz respeito aos recursos destinados à saúde, conforme apontam Saldiva e Veras (2018), o Brasil enfrenta desafios semelhantes a outros países no que se refere à distribuição ideal desses recursos. Mesmo com oscilações significativas no Produto Interno Bruto (PIB) nos últimos anos, o sistema de saúde pública desenvolveu programas estratégicos, como o Programa Estratégico de Saúde da Família (ESF), que visa realizar ações tanto curativas quanto preventivas, como consultas, exames e vacinações, para a população residente em territórios específicos. Esses territórios são delimitados de acordo com as regiões de saúde, que devem oferecer serviços de atenção primária até a atenção ambulatorial e hospitalar. No entanto, é no nível de atenção secundária que os atendimentos de complexidade média e especializados são realizados. Para acessar esse nível de complexidade, os pacientes muitas vezes enfrentam uma jornada complexa de encaminhamentos, que frequentemente carece de especificações claras e fácil obtenção (Saldiva & Veras, 2018).

Dessa forma, percebe-se que a burocracia, quando mal utilizada, pode prejudicar a eficiência dos serviços públicos, enquanto a distribuição de recursos na área da saúde e os desafios no acesso a atendimentos especializados são questões complexas que demandam uma abordagem cuidadosa e estratégias de gestão mais eficazes para atender às necessidades da população de forma mais equitativa e eficiente.

Além da prolongada espera imposta a muitos pacientes, a ausência de um planejamento que leve em consideração as particularidades de cada região, as restrições orçamentárias e a carência de profissionais são fatores associados a uma gestão deficiente e à ineficiência dos serviços prestados. O planejamento de saúde deve ser sensível às problemáticas específicas de cada localidade e à forma como as políticas públicas podem suprir as lacunas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em termos gerais, esse planejamento precisa harmonizar as necessidades das políticas de saúde com os recursos disponíveis, a fim de integrar a assistência à saúde e a administração dos órgãos públicos para alcançar a eficácia (Barbosa et al., 2021).

No entanto, apesar de reconhecer a importância de atender às necessidades específicas de cada região, é preciso destacar que diversos desafios persistem na prática, muitos dos quais decorrentes da heterogeneidade do sistema de saúde, que carrega as marcas da desigualdade histórica do país (Santos et al., 2020). Nesse contexto, é possível identificar uma lacuna evidente nos recursos disponibilizados pelas prefeituras de cada localidade, já que as agendas de saúde, que deveriam ser prioridades em cada município, nem sempre são tratadas com a devida importância. Além disso, a falta de comprometimento e o subfinanciamento generalizado

afetam negativamente a infraestrutura do sistema de saúde, prejudicando assim a cobertura da assistência e o atendimento à população (Santos & Campos, 2015).

Paralelamente, não é incomum observar que municípios menores redirecionam seus esforços para a aquisição de ambulâncias em detrimento da atenção básica à saúde, refletindo a natureza heterogênea desse sistema. Esse direcionamento diferenciado impacta todos os sistemas e contribui para variações na qualidade e tamanho das equipes de saúde, bem como na disponibilidade de recursos e insumos essenciais (Santos & Campos, 2015). Portanto, fica evidente que a gestão adequada da saúde requer um planejamento sensível às necessidades regionais, o enfrentamento dos desafios históricos de desigualdade e o compromisso com o fortalecimento da atenção básica, a fim de assegurar uma assistência eficiente e equitativa à população.

Diante dos desafios no planejamento e execução dos serviços de saúde pública, a população enfrenta situações complexas, muitas vezes caracterizadas como um "empurra-empurra". Essa dinâmica envolve a ineficácia, a falta de infraestrutura ou a escassez de equipes qualificadas para atender adequadamente (Carvalho, 2021). Por outro lado, a população pode contribuir para a superlotação ao tentar burlar os procedimentos padrão de atendimento (Saldiva & Veras, 2018). Um fator que contribui para a inadequada ação da população é a interpretação errônea dos fluxos de atendimento, levando alguns a buscar diretamente médicos especialistas nos hospitais, o que pode contribuir para a desorganização do sistema e torná-lo ineficiente. Portanto, além da responsabilidade dos órgãos públicos em garantir uma gestão de qualidade nos serviços de saúde, a população, conforme previsto em lei, também tem o direito e a responsabilidade de cobrar a atenção às suas necessidades de saúde (Fernandes & Sousa, 2020).

No entanto, como destaca Siqueira (2019), o setor público muitas vezes carrega o estigma da burocratização, lentidão e má qualidade, o que o torna essencial buscar a desburocratização para alcançar qualidade, agilidade e eficiência, atendendo às expectativas do principal cliente: o cidadão. A simplificação dos processos na gestão pública pode resultar em ganhos significativos, contribuindo para uma maior eficiência dos serviços e auxiliando no combate ao déficit orçamentário governamental por meio da redução de custos. Além disso, essa abordagem pode promover melhorias na qualidade dos serviços prestados à população. No entanto, a desburocratização exige a modernização dos serviços públicos, com a implementação de novos programas e modelos, muitas vezes inspirados nas práticas bem-sucedidas da iniciativa privada (Siqueira, 2019).

Portanto, é fundamental que haja um esforço conjunto entre os órgãos públicos, os gestores e a população para promover uma gestão de qualidade e eficiente no setor de saúde, simplificando processos, modernizando sistemas e garantindo que as necessidades da população sejam atendidas de forma ágil e eficaz. Isso não apenas melhora a qualidade dos serviços de saúde, mas também contribui para o uso eficiente dos recursos públicos e para o bem-estar da população como um todo.

6 Escassez de Médicos Especialistas

Uma gestão inadequada acarreta uma série de problemas, e um exemplo notório é a escassez de médicos. Diversos estudos fornecem evidências sólidas desse problema. No âmbito da gestão e das questões

burocráticas, é essencial considerar a homologação da Lei nº 12.871/2013, que trouxe uma série de modificações significativas relacionadas à formação de especialistas no Brasil, especialmente na modalidade de Residência Médica. Essas mudanças incluíram a implementação de avaliações específicas anuais e a alteração dos critérios de acesso a determinadas especialidades (Guedes & Silva, 2023).

Embora essas medidas tenham o potencial de trazer melhorias e resultados positivos, elas também destacam o quão defasado é o sistema de saúde brasileiro. A implementação tardia dessas mudanças revela a precariedade do sistema de saúde há muito tempo, e a dificuldade de acesso a especialidades médicas é um dos reflexos desse problema. Isso é indicativo de uma gestão ineficiente e burocrática, no pior sentido da palavra, que tem impacto direto na disponibilidade de profissionais de saúde qualificados para atender às demandas da população. Portanto, a gestão inadequada não apenas gera problemas imediatos, como a escassez de médicos, mas também evidencia a necessidade urgente de reformas profundas e eficazes no sistema de saúde brasileiro para garantir o acesso adequado a serviços médicos de qualidade.

O estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2021) revelou uma preocupante precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas especialidades médicas, o que é um problema de magnitude significativa. Para a maioria da população, o SUS representa a única opção viável, uma vez que a grande parte não dispõe de recursos financeiros para acessar serviços de saúde privados. Quando o SUS não consegue fornecer uma solução, os pacientes se veem em uma situação de impasse, com apenas a espera e a esperança de serem atendidos, o que pode levar meses ou até anos para se concretizar. Estudos conduzidos pelo Ministério da Saúde também têm identificado desequilíbrios na oferta de médicos especialistas, escassez em algumas áreas, dificuldades no recrutamento desses profissionais e uma distribuição inadequada das vagas de Residência Médica no país (CIGES, 2009). Infelizmente, essa situação persiste até os dias atuais, sem avanços significativos nesses aspectos. Esse cenário problemático também se reflete nas questões relacionadas à docência médica, e a influência da burocracia nesse contexto é uma preocupação relevante (Costa Filho *et al.*, 2022).

A persistente escassez de médicos especialistas e a inadequada distribuição desses profissionais em diferentes regiões do país têm impactos diretos na qualidade e na acessibilidade dos serviços de saúde. A população enfrenta longas filas de espera, consultas adiadas e dificuldades para encontrar profissionais qualificados em diversas especialidades médicas. Isso não apenas prejudica a saúde dos cidadãos, mas também cria uma sobrecarga no sistema de saúde, que muitas vezes não consegue atender a todos os que necessitam de cuidados médicos especializados.

Além disso, a situação também afeta a formação e o treinamento de novos médicos, uma vez que a escassez de especialistas influencia diretamente a disponibilidade de preceptores e a qualidade da educação médica. A burocracia excessiva e a falta de políticas eficazes de incentivo à carreira médica em áreas de maior carência contribuem para a perpetuação desse problema. Portanto, é crucial que o sistema de saúde brasileiro busque soluções efetivas para a escassez de médicos especialistas, garantindo um atendimento adequado à população e promovendo melhorias na formação médica.

De fato, como destacado por Silva et al. (2017), a dificuldade de acesso a diversas especialidades médicas é um problema persistente no sistema de saúde brasileiro. Especialidades como cirurgia vascular, proctologia, geriatria, endocrinologia, neurologia, ortopedia, neuropediatria, urologia, reumatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia frequentemente apresentam escassez de profissionais em diferentes regiões do país. Esse cenário não é recente, como evidenciado por um estudo realizado em 2010, que identificou 1280 municípios com suboferta de médicos naquele ano (Girardi, 2010).

Para tentar solucionar esse problema, o governo federal implementou 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). Essas iniciativas visaram fortalecer o Programa Saúde da Família (PSF) e aumentar o acesso aos cuidados de saúde em áreas carentes. No entanto, mesmo com esses esforços, a má distribuição de médicos persistiu devido a desafios de gestão e burocráticos, bem como a fatores econômicos e sociais que afetaram a fixação, valorização, substituição e condições de trabalho desses profissionais (Maciel Filho, 2007).

Em resposta à demanda por assistência médica em áreas remotas e desassistidas, foram lançados em 2011 e 2013 o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM). Esses programas buscaram atrair médicos formados no Brasil e no exterior, por meio de incentivos financeiros e não financeiros, para suprir a carência de profissionais em regiões desfavorecidas (Brasil, 2011; 2013). No entanto, apesar dessas iniciativas, a suboferta de médicos persiste como um desafio significativo, com impactos negativos na qualidade dos serviços de saúde.

A escassez de pessoal qualificado em saúde pública e gestão em saúde é um problema que afeta não apenas a oferta de assistência médica, mas também outros aspectos do sistema de saúde. Os trabalhadores da área frequentemente enfrentam condições precárias de trabalho, baixos salários, falta de apoio por parte dos gestores, reconhecimento social insuficiente e limitado desenvolvimento na carreira (Guedes & Silva, 2023). Esse cenário reflete uma abordagem burocrática que prioriza funções em detrimento das necessidades das pessoas, contribuindo para a perpetuação dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde pública brasileiro. Portanto, a resolução desses problemas requer não apenas o aumento da oferta de médicos, mas também uma abordagem mais abrangente que considere a valorização e o desenvolvimento das carreiras dos profissionais de saúde.

A teoria da burocracia de Weber (1924) representou um avanço em relação à administração patrimonialista, introduzindo princípios como descentralização, especialização e merecimento. No entanto, quando se analisa a realidade dos hospitais públicos e outros serviços de saúde no Brasil, torna-se evidente que o principal desafio reside na prestação bem-sucedida dos serviços essenciais do dia a dia. A falta de equipamentos adequados, condições de trabalho precárias e a desvalorização dos profissionais tornam difícil a busca pelo merecimento, uma vez que as condições básicas para a realização do trabalho muitas vezes são inadequadas. Além disso, a burocracia envolvida na contratação e regulamentação de profissionais de saúde é um problema significativo que afeta o sistema de saúde público brasileiro.

No Brasil, o poder público desempenha um papel fundamental tanto no planejamento do sistema de assistência médica quanto na formação de especialistas, por meio da Residência Médica, que é subsidiada pelas três esferas de governo (Oliveira et al., 2023). Isso confere às autoridades e representantes um grande poder para influenciar e regular a formação de especialistas de acordo com as necessidades epidemiológicas do país. No entanto, essa capacidade de intervenção muitas vezes é limitada pela burocracia existente no sistema de saúde, o que dificulta a implementação de medidas eficazes para suprir a carência de profissionais em determinadas áreas (Guedes & Silva, 2023).

Outro desafio relevante é a desigualdade regional na distribuição de médicos, com muitos profissionais preferindo atuar em centros urbanos localizados em regiões mais desenvolvidas economicamente. Isso cria uma disparidade na acessibilidade aos serviços de saúde, especialmente em áreas remotas e carentes, onde a atratividade e a fixação de médicos são significativamente mais difíceis (Girardi et al., 2011).

Portanto, para enfrentar esses desafios, é fundamental não apenas considerar a teoria da burocracia e os aspectos administrativos, mas também implementar medidas eficazes para melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, reduzir a burocracia na contratação e regulamentação, além de promover políticas que incentivem a distribuição equitativa de médicos em todo o território nacional.

7 Considerações Finais

Neste estudo, exploramos as implicações da burocracia na desigualdade decorrente da escassez de médicos especialistas, resultante de uma gestão inadequada. Observou-se que o problema de gestão, decorrente da ineficiência na administração pública de saúde brasileira, está interligado aos processos burocráticos frequentemente questionados por diversos autores na literatura. Essa problemática gera uma desigualdade evidente, na qual a escassez de profissionais especializados leva à preferência por grandes centros urbanos, onde, apesar das condições precárias, as oportunidades de trabalho e infraestrutura são relativamente melhores.

Ao analisar os processos burocráticos envolvidos na formação e fixação desses profissionais, percebe-se que, embora o sistema de saúde tenha a capacidade de intervir, questões ligadas à falta de dispositivos legais eficazes representam um obstáculo significativo que poderia ser amenizado com esforços adicionais. Os esforços até o momento têm se concentrado em programas de melhoria, mas os resultados ainda são insuficientes. Isso indica que há dois desafios principais quando se trata do sistema de saúde pública, ambos convergindo para o mesmo problema: a escassez de médicos especialistas.

Para os cidadãos dos centros urbanos, a escassez de médicos especialistas é um obstáculo mesmo com mais hospitais disponíveis. Por outro lado, para os residentes de áreas rurais, há uma barreira adicional: a desigualdade regional. Os problemas começam bem antes da chegada ao hospital ou ao local de atendimento médico, envolvendo longos processos para obter assistência. Além disso, a falta de flexibilidade nos processos, tanto na contratação quanto no apoio à formação de profissionais, mantém o sistema em um estado precário. A gestão inadequada, juntamente com a distribuição desigual de recursos, agrava ainda mais a desigualdade regional e os problemas no sistema de saúde pública como um todo.

Dessa forma, ao examinar a desigualdade regional causada pela má gestão, é evidente que o acesso à saúde, que deveria ser um direito universal, torna-se um privilégio para alguns, especialmente quando se trata de serviços especializados. Diante disso, uma possível solução envolve revisar as normas políticas e administrativas relacionadas à administração pública. A adoção de estratégias do setor privado pode ser eficaz para combater as disfunções burocráticas. Isso incluiria uma avaliação detalhada das etapas dos serviços para identificar ações e normas que não agregam valor, possibilitando sua eliminação ou substituição por processos mais simples e eficientes.

Referências

- Almeida, WS e Szwarcwald, CL (2012). Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 68-76. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000003> . Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/33078> . Acesso em 19 de julho de 2024.
- Barbosa, ACQ, et al. (2021). Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS. *APS Em Revista*, 3 (2).
- Barboza, NAS, et al. (2020). Teoria da burocracia – o papel político e gerencial no setor público de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 6 (6). <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-092>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> . Acesso em 19 de outubro de 2023.
- Brasil. (2011). *Portaria Interministerial n. 2.087, de 01 de setembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em 19 de outubro de 2023.
- Brasil. (2013). *Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Brasília: Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> . Acesso em 19 de outubro de 2023.
- Brito, ES, & Ventura, CAA (2015). O acesso às informações sobre diagnóstico e internação à pessoa com transtorno mental. *Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 11 (1).
- Campos, FE, Machado, MH, & Girardi, SN (2019). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Saúde para Debate*, 44.
- Cardoso, JAF, et al. (2016). A contribuição da saúde para o fortalecimento das redes: o avanço na Gestão Pública. *Pensar Acadêmico*, 14 (1).
- Carvalho, GP (2021). Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos que condicionam a alocação de recursos? *Ciência e Saúde Coletiva*, 26. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.06652020>
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Editora McGraw Hill.
- Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. (2009). *Avaliação das necessidades de médicos especialistas*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em 21 de outubro de 2023.
- Costa Filho, JV, et al. (2022). O lugar que o estado encontra a população: percepção do docente no serviço público. *Revista Prática Docente*, 7 (1).

de Andrade Guedes, T., & da Silva, FS (2023). Gestão de Saúde Pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 13 (37), 111-129.

Félix, GT (2013). Efeitos da Burocracia na Avaliação da Educação Superior. *Holos*, 6 .
<https://doi.org/10.15628/holos.2013.1060>

Fernandes, VC, & Sousa, CL (2020). Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista de Gestão e Atenção Primária à Saúde*, 12 (1).

Girardi, SN, et al. (2010). *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.

Girardi, SN, et al. (2011). Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In CR Pierantoni, MR Dal Poz, & T. França (Orgs.), *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.

Gonçalves, E., Oliveira Júnior, AJ, & Mialhef, L. (2021). 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*, 13 (4). <https://doi.org/10.25248/reas.e655.2021>

Guedes, TA, & Silva, FS (2023). Gestão de Saúde Pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 13 (37), 111-129.

Leal, LA, et al. (2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, 27. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.39916>

Migott, AM, Grzybovski, D., & Silva, LAA (2001). A aplicação conceitual da teoria burocrática na área de enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo-RS. *Caderno de Pesquisa em Administração*, 8 (1).

Motta, FCP e Vasconcelos, IFGT (2008). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Editora Cengage Learning Edições.

Oliveira, EX, Carvalho, MS, & Travassos, C. (2020). Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200023>

Oliveira, GS, et al. (2022). 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)*, 9 (26).

Oliveira, LGF, et al. (2023). Desafios de infraestrutura e recursos humanos na expansão do acesso na atenção primária à saúde. In *Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde*.

Paim, JS (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

Paludo, AV, & Oliveira, AG (2024). *Governança organizacional pública e planejamento estratégico: para órgãos e entidades públicas*. Editora Foco.

Paula, APP (2005). *Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

- Rezende, FC (2002). Razões da Crise de Implementação do Estado Gerencial: Desempenho Versus Ajuste Fiscal. *Revista de Sociologia e Política*, 19. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782002000200002>
- Saldiva, PHN e Veras, M. (2018). Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, 32. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142018000100009>
- Santos, IF, Gabriel, M., & de Campos Mello, TR (2020). Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. *Humanidades e Inovação*, 7 (5).
- Santos, L., & Campos, GWS (2015). SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, 24 (2). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015120228>
- Santos, TBS, et al. (2020). Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.28872018>
- Scheffer, M., Biancarelli, M., & Cassenote, A. (Coords.). (2021). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e segurança de desigualdades*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina.
- Sena, TS e Costa, ML (2016). Reflexões sobre a inserção da gestão temática da clínica na formação profissional em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02442014>
- Senhoras, EM (2003). Políticas públicas nos anos noventa: um ensaio sobre as causas e implicações da crise do Estado brasileiro de Bem Estar Social. *Revista Oikos*, 2 (2).
- Silva, CR, et al. (2017). Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22 (4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28512015>
- Silva, RO (2005). *Teorias da Administração*. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning.
- Siqueira, A. (2019). O desafio da desburocratização dos serviços públicos municipais. Tubarão: UNISUL.
- Sousa, LMO, Araújo, EM, & Miranda, JGV (2017). Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127516>
- Tragtenberg, M. (1992). *Burocracia e Ideologia*. São Paulo: Editora Ática.
- Travassos, CMR e Castro, MSM (2018). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Em L. Giovanella, et al. (Orgs.), *políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Volpato, ECF, & Haliski, A. (2018). Processo de transformação dos modelos de Estado e do papel do terceiro setor. *Revista Quaestio IURIS*, 11 (2). <https://doi.org/10.12957/rqi.2018.36802>
- Weber, M. (1924). *Gesammelte Aufsätze zur Soziologie und Sozialpolitik*. Tübinga: Mohr.