

# **BUROCRATIZAÇÃO VERSUS RESOLUTIVIDADE: IMPACTO NO PRINCÍPIO DA DESCENTRALIZAÇÃO**

## **RESUMO**

Este artigo tem por objetivo identificar a influencia da burocratização nos princípios de resolutividade e descentralização dos serviços de saúde no sistema único de saúde (SUS) do Brasil. Foi observado que as pesquisas a cerca do tema, apontam que a burocratização do sistema influi na resolutividade do mesmo, quando dificulta a comunicação das redes de atenção em saúde, principalmente a primaria, mantendo ainda o caráter centralizador e clientelista do sistema de saúde, como quando atrelado a previdência social da era pré-constituição. Para exemplificar esta conjectura foi utilizando dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Dourados – MS, onde consta uma fila de espera em serviços de ortopedia com cerca de 5.863 pacientes, e que possui os sistema de regulação, o Sisreg, centralizado e acaba sobrecarregando a rede e limitando o acesso aos diferentes níveis de atenção. Os demais fatores que colaboram com a baixa resolutividade do sistema, além da burocratização são a falta de mão de obra, a falta de recursos e o absenteísmo.

Palavras – Chave: Burocratização; Resolutividade; Descentralização; Normatização

## **ABSTRACT**

This article aims to identify the influence of bureaucratization the principles of resolution and decentralization of health services in the Single Health System (SUS) in Brazil. It was observed that research about the subject, point out that the bureaucratization of the system influences in the solving of the system when, hinders communication of health care networks, especially primary, still maintaining the central character and patronage of the health system as when linked to social security of pre-constitution era. To illustrate this conjecture was using data from the Health Department of the city of Dourados - MS, which contains a queue in orthopedic services with about 5,863 patients, and has the regulatory system, the SISREG, centralized and just supercharging the network and limiting access to different levels of care. Other factors that contribute to the low efficiency of the system, and the bureaucratization, are the lack of manpower, lack of resources and absenteeism.

Keywords: bureaucratization; resoluteness; decentralization; normalization

Carlos Henrique Ribeiro da Silva  
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul  
PPGS  
Carlosibeiro.psico@hotmail.com

## **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo dos seus mais de 20 anos de vigência vem enfrentando diversos desafios para sua implementação e seu estabelecimento. Não obstante, no decorrer deste período foram criadas e promulgadas diversas normativas e portarias que pudessem adaptar e proporcionar a operacionalidade do sistema.

As normativas tinham o objetivo de abranger todos os aspectos supracitados na constituição de 1988, mas, também de atender a demanda flexível que o novo sistema acolhia. Entre os princípios ditados na constituição, é observado o princípio da descentralização como meio para alcançar todos os demais, como a universalidade e integralidade do atendimento. Então, partindo de um ponto inicial, onde o Plano Nacional de Saúde nos anos 1980 (e anteriores) cobria uma parcela ínfima da população e, sua gestão e financiamentos eram centralizados e pouco resolutivos, tem-se a ação descentralizadora à levar o sistema atender expansivamente não só com cunho assistencialista, mas sim abrangendo diversas ações para promoção de saúde.

Visto então, que vê-se o princípio da descentralização para atender a demanda em um país de dimensões continentais que comporta diversas culturas, temos uma questão de grande relevância: como atendermos de forma descentralizada e integral com maior resolutividade, rompendo as barreiras burocráticas geradas pela regulamentação do sistema a fim de sua operacionalização? Objetiva-se identificar a influência da burocratização nos princípios de resolutividade e descentralização dos serviços de saúde no sistema único de saúde do Brasil.

Para tanto será recorrida à revisão bibliográfica integrativa de publicações científicas e de portarias sobre a regulamentação e normatização do SUS, os processos de burocratização e resolutividade através da ótica da descentralização. Congruência e identificação de dados coletados nos sistemas de informações do SUS, sobre resolutividade da demanda ao sistema de saúde para responder a questão levantada.

## **Identificação de Resultados**

O Sistema Único de Saúde (SUS) embora seja um sistema ainda passivo de críticas, é um sistema suprapartidário de redistribuição de recursos, onde os papéis dos diferentes níveis são moldados e articulados por mecanismos burocráticos, de acordo com as demandas apresentadas buscando uma relação consensual dos diferentes níveis hierárquicos para a reorganização contínua e adequada para melhor desempenho do sistema (Yunes, 1999).

A burocratização é o mecanismo utilizado no processo de regulamentação e organização dos sistemas públicos. Tomando ótica discutida por Weber (1999), observa-se a burocracia como um sistema administrativo fixo, que direciona a execução de ações e rotinas, levando em conta a hierarquização de funções e cargos. Ou seja, é uma ferramenta que estrutura a administração - principalmente a pública – sendo o Estado burocrático moderno a sua legítima manifestação (Prates, 2007; Costa e Neves, 2013). Desta forma, o que diz respeito ao sistema de saúde brasileiro, como foi transformado e inserido não poderia ser diferente, instituído através da constituição de 1988 e normas complementares subsequentes, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) (Santos, 2007).

Pensando nos componentes elencados como princípios básicos do SUS, dispostos na Lei 8.080 de 1990, ditos através da Universalidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Equidade, como também o controle social, toma-se o princípio da Descentralização então, como aspecto base para o real desenvolvimento do sistema, pois é este princípio que proporciona o atendimento integral à demanda e de forma regionalizada (Teixeira, 2006).

Quando se diz a cerca da desburocratização do sistema é observado que o conceito de Descentralização é a porta para a discussão. Tem-se um sistema de saúde pública que atende a protocolos direcionados por normativas estabelecidas desde sua formação e que propõe modelos de gestão inerentes às três esferas de governo, colocando em prática efetivamente o sistema (Fadel e col., 2009).

Têm-se então dois aspectos paralelos a serem observados: a necessidade de normatização para a implantação plena do sistema, onde este englobe todos os aspectos referentes à saúde pública, elencados pela reforma sanitária e apresentados pela constituição de 1988 (Teixeira, 2006; Menecucci, 2006), e a necessidade de um sistema menos burocrático, justamente para atender todos os princípios e diretrizes propostos, ou seja, um sistema descentralizado e resolutivo que atenda as especificidades de cada região (Yunes, 1999).

A União então colocando-se na posição de curador deste sistema, mantém o Estado com grande presença no papel de instituição social provedora de todos os processos de saúde, estabelecido através de um aparato burocrático que afirma, assim, a administração pública federal (Costa e Neves, 2013; Prates, 2007). Assim a presença da burocratização para

afirmação do poder regulador da instituição provedora do sistema em nível federal, mostra-se em diversas vezes em contraponto a dinâmica de descentralização (Costa e Neves, 2013) que a política de saúde, através das Redes de Atenção – geridas pelos municípios – apregoa (Mendes, 2011; CIT, 2010; Mendes, 2010, 2011).

A prerrogativa da mudança proposta pela Reforma Sanitária intensificada nos anos 1980 foi de substituir o modelo vigente de repasse de recursos por produção, realizada pela união aos estados e municípios, que acabavam por enrijecer o sistema e onerá-lo em demasia, configurando-se em um modelo assistencialista sem real impacto no desenvolvimento da qualidade da saúde do brasileiro (Elias, 1993).

Tem-se então a inópia de uma dinâmica que atendesse, de fato, a complexidade que a saúde pública exigia na época; complexidade esta atendida somente através de mecanismos administrativos direcionados especificamente a cada demanda presente nas diferentes regiões da federação. É observada então a possível dicotomia entre flexibilidade de um novo sistema *versus* uma normatização necessária que o leve a um alto grau de resolutividade. Foi então que para sua efetivação foram desenvolvidas ao longo do processo as NOBs e, posteriormente, as Normas Operacionais de Assistência em Saúde (NOAS) (Brasil, 2003).

São, a partir de então, definidas as formas de gestão do sistema, como ele deve ser expandido e a forma dos repasses e aquisição dos recursos para tal. As NOBs 93 e NOBs 96 foram de grande importância para a mudança de sistema vertical assistencialista para um sistema descentralizado, flexível e expansível. A NOB 93 trouxe as normas para municipalização e oficializava as Comissões Intergestores Tripartites (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), instâncias fundamentais para o processo de descentralização, sendo espaço onde ocorrem as negociações e pactuações quanto às ações do sistema e repasses, tendo a CIT a presença da União (Yunes, 1999).

O papel destas comissões quanto à operacionalização das políticas, levando a discussão aos níveis estaduais e municipais, integrou os diversos atores presentes no processo como também, definiu seu papel e suas responsabilidades. Assim, proporcionou a inserção na gestão do sistema, as esferas que outrora respondiam a uma hierarquização administrativa que impossibilitava trabalhos sanitários mais efetivos e deixando o sistema engessado na dinâmica do repasse por produção, onde a União através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) detinha a gestão absoluta (Yunes, 1999; Fadel e col., 2009).

O novo sistema de repasses de recursos (agora não mais por produção) é configurado a partir de uma perspectiva de gestão coparticipativa, e disponibilizado a partir da estruturação e do nível de organização e comprometimento de cada município com o novo sistema, reforçando assim o processo de adesão dos municípios. Mas o estabelecimento desta nova dinâmica de repasse não somente reforçou a adesão ao novo modelo, mas, também, instituiu um ato contínuo de transferência de responsabilidade e autonomia de gestão.

Nota-se que tais questões a cerca da implantação do sistema, que hoje após mais de 20 anos, ainda estão presentes no que concerne a desafios a sua implementação e ao atendimento das diretrizes propostas em sua legislação (Mendes, 2010).

As mudanças que ocorreram no âmbito da gestão e modelos de saúde ofertadas pelo estado, aconteceram concomitantemente com as mudanças políticas no país já pós-ditadura nos anos 1980, este, modelo notadamente centralizador não só no que diz respeito à saúde, mas, também as outras áreas componentes dos serviços públicos (Cohn, 2009). O desafio então era questionar o modelo vigente e propor uma nova perspectiva descentralizadora das ações em saúde pública. No entanto, os aspectos a serem questionados que comprometiam a exequibilidade, que gerariam posteriormente de fato intentos para a reforma, hoje se mostram ainda tão necessários quanto anteriormente (Paim, 2006).

Observa-se ainda, citado por diversas esferas sociais, que o sistema ainda encontra-se dentro deste processo [implantação], com diversos sucessos e acertos (Cohn, 2009). A perspectiva de ainda ser um sistema em fase de alocação pode ser advinda do fato de ser um sistema em constante mutação, gerando novas normativas complementares as já existentes, que na prática não conseguem se efetivar em âmbito municipal. Esta ineficiência leva então a uma série de exigências para a concretização do repasse as esferas municipais, assim, burocratizando o sistema. São essas atualizações com o intuito da operacionalização, visando alcançar de fato a autonomia regionalizada do sistema, necessárias, mas, por vezes, acontecem de forma rígida e extremamente burocrática, levando assim a um sistema com baixa resolutividade (Teixeira, 2006; Yunes, 1999).

Os questionamentos são muitos a cerca da efetividade do sistema, mas, observando a contradição da prática é possível fazer as seguintes questões: como regulamentar um sistema (onde vemos portarias atuais como a portaria GM/MS nº 399 de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde) com um sistema em constante expansão e adaptação a todos os processos

inerentes a demanda sem burocratizá-lo demasiadamente? Como não observar um sistema ainda em implantação após cerca de 20 anos do seu advento enfrentando uma cultura similar a de seu antecessor, a partir de seu grau de resolutividade?

O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde vem sendo tratadas como evolução do sistema (Mendes, 2011) e uma possibilidade de adequação de uma fragmentação e pouca eficiência, que se apresentam inúmeras vezes incapaz de um atendimento integral em saúde (CIT, 2010). As redes de atenção à saúde são organizadas através de serviços que podem ser distribuídos dispersados ou concentrados, para proporcionar um atendimento integral ao paciente, de acordo com as necessidades e trabalhar a promoção de Saúde. Como exemplo, os serviços de menor complexidade (exemplo, Unidade Básica de Saúde) na maioria dos casos são dispersados e os serviços de maior complexidade, que exigem maior desenvolvimento tecnológico, são concentrados (um hospital por exemplo) (OMS, 2003).

Deste modo pode-se observar a Atenção Primária em Saúde como mecanismo capaz para superar os desafios de ordem socioeconômica, demográfica, epidemiológica e sanitária (CIT, 2010). Alcançar a integralidade na atenção à saúde é buscar um sistema menos fragmentado (Yunes, 1999) e menos burocrático que utilize mais efetivamente os recursos.

O advento do Pacto pela Saúde veio para consolidar os princípios do sistema (universalidade, integralidade e equidade), construindo a partir deste, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS). Seu intento é buscar medidas capazes de configurar um sistema com alta resolutividade, norteadas a promoção em saúde e consolidando a Atenção Primária como aspecto fundamental do sistema (CIT, 2010, Mendes, 2010, 2011).

Organizando o sistema em redes, tendo a Rede de Atenção Básica como pilar central desta estrutura, possibilita-se a criação de vínculos que induzem a colaboração e a solidariedade do sistema. Pensadas a partir das necessidades em saúde da população brasileira, deve atendê-la adequada às condições epidemiológicas e demográficas (Mendes, 2010).

O que se propõe então é o atendimento centrado as necessidades a partir de um pressuposto de atenção contínua e integral, atingindo objetivos sanitários e econômicos. O princípio da Rede de Atenção Primária carregar esta prerrogativa é manter um nível de

Atenção constantemente resolutiva, coordenando inclusive os direcionamentos para a Rede de Atenção Especial (CIT, 2010).

Quando é proposto o termo resolutividade, corresponde à forma de identificar a eficácia dos serviços em saúde pelos resultados obtidos com o atendimento ao usuário (Turrini e col., 2008; Torres e col., 2012). Sendo a proposta da PNAB, a organização de um sistema realmente eficaz, a pergunta é: este modelo de atenção em saúde esta sendo resolutivo?

Existem duas formas para avaliar a resolutividade dentro de um serviço de saúde, sendo a primeira delas o próprio serviço, verificando se esta conseguindo atender sua demanda e encaminhá-la adequadamente aos outros níveis de Atenção. A segunda forma corresponde à avaliação do atendimento pelo sistema como um todo, ou seja, da capacidade do sistema em receber o paciente pela atenção básica, encaminhá-lo para atenção especial e se despedir do mesmo com sua demanda resolvida (Turrini e col., 2008).

Atendo-se a este aspecto, pode-se perceber que todo o contexto do funcionamento do sistema interfere no poder de resolutividade do mesmo. Quando o sistema, mesmo descentralizado, apresenta-se burocratizado em demasia, impacta diretamente em sua capacidade de resolutividade, principalmente quando é observado o caminho que o usuário deve atravessar através das diversas redes (Torres e col., 2012).

O sistema de saúde brasileiro foi sequente a um modelo de atendimento médico individual corporativista gerenciado pela esfera previdenciária. É observada então a construção de um dinamismo de atendimento a saúde, advindo de duas estruturas diferentes: a Previdência Social e o Ministério da Saúde posteriormente (Costa e Neves, 2013).

Enquanto política previdenciária, a saúde era altamente centralizada nas ações curativas da União, sendo demasiadamente onerosa e pouco resolutiva, pois não desenvolvia medidas preventivas e outros aspectos relevantes para a saúde coletiva. Outro fator pouco colaborativo para o quadro de saúde controlado pela Previdência eram os prestadores de serviços, onde o estado incapaz de suprir as demandas deste sistema terceirizava os atendimentos (Oliveira e col., 2007; Finkelman e col., 2002).

A necessidade em abrir o sistema e transformá-lo de fato em um sistema resolutivo, foi atendida pelo efetivo movimento descentralizador e vertical, elevando à capacidade de

gestão em adequação as demandas existentes. Este movimento foi regulamentado principalmente pelas NOBs de 1993 e 1996 (Scatena e Tanaka, 2001), tendo estas, elevado o nível de complexidade do sistema, antes de caráter curativo, para um sistema que expandia sua atuação ao campo da prevenção em saúde (Oliveira e col., 2007; Finkelman e col., 2002; Costa e Neves, 2013).

A expansão da gestão descentralizada faz com que determinadas instâncias e serviços sejam formalizados, para sua inclusão no novo modelo, criando uma relação mais intrínseca com o órgão federal responsável, o Ministério da Saúde (Costa e Neves, 2013). Neste contexto, para a integração de todo esse sistema equalizando com o ideal da descentralização para um sistema com maior poder resolutivo, compreendeu-se mecanismos burocráticos para a relação da gestão federal com os novos gestores regionalizados e municipalizados (Finkelman e col., 2002; Costa e Neves, 2013).

No entanto, por maior que seja a ênfase dada ao processo de descentralização como ponto inicial do funcionamento do sistema, é importante ressaltar que construção de uma política descentralizadora, segundo Bobbio e colaboradores (1998), não deve ocorrer plenamente, pois, afetaria a própria noção de Estado. Os instrumentos normatizadores foram desenvolvidos não só para implantação do sistema, mas, também para a unidade do sistema, no que concerne a políticas nacionais engatilhadas pela União, o que garante a verticalidade entre os níveis de governo (Teixeira e col., 1998).

Assim embora o SUS seja direcionado de forma descentralizada, com grande ênfase municipalista e, com uma porta aberta a participação social através dos Conselhos Municipais, sua formulação e coordenação pertence ao Ministério da Saúde (Costa e Neves, 2013), de onde vem inclusive o maior volume de recursos (Santos, 2007, 2013), e com relação ainda verticalizada. Apesar de a gestão pertencer ao município, este, deve atender uma série de condicionalidades para receber o repasse que por vezes não é capaz de cumprir, fazendo com que o caráter curativo do sistema se mantenha (Santos, 2007).

Mendes (2010) aponta que os sistemas de saúde neste século encontram-se em crise em diversos países, incluindo países desenvolvidos. No entanto, o que os leva a este estado de perturbação são fatores causais diferentes. Nos países em desenvolvimento, e o Brasil esta dentro deste panorama, pode-se observar que os sistemas de saúde têm dificuldades em compreender e atender a crescente demanda por atendimento a condições crônicas.

Vindo, no Brasil, de um sistema arranjado inicialmente – observando seus primórdios na lotação previdenciária (Santos, 2013) – para atender as condições agudas ou agudização das condições crônicas, é notório que disposto desta mesma forma pode não atender nova situações. Hoje a transição demográfica e epidemiológica obriga o sistema a transformar-se deixando seu caráter reativo para trás e adquirindo caracteres preventivos, intervenções promocionais de saúde, reabilitadores e curativos (Mendes, 2010).

A transformação do sistema, ainda lenta, acaba por não atender as novas necessidades, mantendo a cultura curativa e provocando a configuração fragmentada do sistema, reforçando assim ainda mais a atenção voltada às condições agudas ou agudização de condições crônicas (Mendes, 2010), um contraponto, ou ao menos, estacionário. Hoje pode-se observar que 72% da mortalidade no Brasil têm por causas doenças crônicas não transmissíveis (Malta e col., 2014; IBGE, 2014).

Ainda assim importante salientar que condições agudas e infecciosas persistem no Brasil com grande significância. Fatores como índices de violência, baixa escolaridade e alimentação inadequada, precariedade das estruturas urbanas (como saneamento básico e tecnologias de prevenção) e combate a agentes endêmicos, permitem que estas condições ainda possuam grande relevância (Carmo e col., 2003; Malta e col., 2014; IBGE, 2014).

A dificuldade de se trabalhar com dupla ou tripla carga de doenças reflete fortemente na fragmentação da atenção em saúde, constituindo redes de atenção em saúde que apenas discretamente dialogam entre si, e respondem de forma insatisfatória as demandas atuais (Mendes, 2010). Conill e colaboradores (2007) salientam que na América Latina, pode-se observar que a fragmentação do sistema acarreta importantes lacunas, principalmente deixadas pela Atenção Primária, pois, essa, se restringe a atendimentos básicos às condições crônicas e não garante a caminhada do usuário dentro do sistema aos demais níveis de complexidade. Os autores ressaltam a importância da comunicação entre os diferentes níveis de atenção em saúde e que a fragmentação do sistema isola os serviços, assim sendo, não resolutivos.

Desde o início da construção e implementação do SUS, a configuração em redes sempre foi discutida para se estabelecer os fundamentos da descentralização e regionalização do sistema (Yunes, 1999). A descentralização através da municipalização conseguiu ampliar então os serviços aos demais nichos populacionais além dos trabalhadores formais (Fadel e

col., 2009), mas, efetivamente não obteve grandes avanços no que diz respeito à regionalização dos mesmos, pois, pouco contribuiu para a integração dos níveis de atenção à saúde (Silva, 2011). As normativas (NOAS 01/01) voltadas para garantir a integralidade do sistema enfatizando a formação das redes integradas, mostraram-se muito rígidas com excessiva parametrização e burocratização, dificultando, assim, sua implementação (Silva, 2011; Brasil, 2001).

A congruência dos fatores observados acima provoca grande impacto na capacidade de resolutividade dos sistemas e da rede de atendimento. Observando o processo de resolutividade através do caminho percorrido pelo indivíduo dentro do sistema tendo seu problema sido sanado, quanto mais burocratizado for, maiores serão as dificuldades para atravessar as redes de atenção (Turrini e col., 2008).

Apesar do Pacto pela Saúde de 2006, ainda é possível observar a burocratização estatal em um movimento de grande setorialização dentro das próprias redes de atenção que, infelizmente, não conseguem se comunicar efetivamente, travando assim a caminhada do usuário dentro do sistema (Oliveira e col., 2007). Este caminho percorrido tem a porta de entrada a Atenção Básica, que esbarra na burocracia de um modelo ainda lutando fortemente com suas raízes do clientelismo previdenciário (Mendes, 2010; Oliveira e col., 2007).

É possível observar a dificuldade de trânsito do usuário através de alguns números relacionados a tempo de espera para atendimentos na Atenção Especializada não sendo quadros agudos. Em uma pesquisa do Instituto Datafolha, encomendada pelo Conselho Federal de Medicina realizada em 2015, é observado que 41% dos usuários encaminhados para outros procedimentos após a primeira consulta na Atenção Básica do SUS, está há mais de 6 meses aguardando atendimento.

Este número evidencia a baixa resolutividade do sistema, demonstrando o que autores como Mendes (2010), Fadel e colaboradores (2009), Costa e Neves (2013) e Oliveira e colaboradores (2007) discorrem. Justificam, assim, que a baixa resolutividade do sistema de saúde brasileiro advém de um perfil de atenção à saúde voltado ao tratamento de situações agudas ou agudização de situações crônicas. Este perfil leva então o sistema a um processo de burocratização para o recebimento de repasses dos entes federativos e para acesso a serviços especializados. Neste dinamismo as redes de atenção – que possui grande potencial de resolução – tornam-se fragmentadas e pouco efetivas quando observadas as novas

necessidades da demanda através de uma perspectiva mais ampla.

É desta forma que a burocratização colide com a resolutividade que um sistema descentralizado exige. Quando as normativas que tem por objetivo de operacionalizar o sistema, levam a burocracia por estarem imersas a uma dinâmica clientelista de cuidados em saúde, restringindo assim, direta e indiretamente, a gestão regionalizada do sistema, temos uma perspectiva de baixa resolutividade no atendimento a demanda.

## **Discussão**

Quando é observado o grau de resolutividade de um sistema é necessário pensar inicialmente no funcionamento do mesmo e qual a cultura que seus mecanismos normatizadores propõem para o seu funcionamento. O SUS vem de uma ótica assistencialista, centralizadora e clientelista desde quando, sob outras denominações, estava à égide da Previdência Social, visando inteiramente o atendimento as situações agudas, sempre a quem dos ideais sanitários que a demanda exigia (Fadel e col., 2009; Cohn, 2009).

A descentralização do sistema é um processo mais do que necessário para alcançar um atendimento adequado à demanda. No entanto normatizar este processo é necessário para operacionalizá-lo e garantir o acesso aos cuidados em saúde. Diante de uma demanda tão diversificada e regionalizada no Brasil, o desafio é adequar à necessidade de flexibilização das ações em saúde no âmbito regional para alcançar alto grau de resolutividade, com as normativas construídas verticalmente em âmbito nacional, gerando mecanismos burocratizadores que são a estrutura da administração pública (Teixeira, 2006; Costa e Neves, 2013).

O advento das redes de Atenção em Saúde incide para um sistema com maior grau de resolutividade e que atenda a demanda atual a cerca das situações crônicas crescentes em todo país (Mendes, 2010; 2011). No entanto, a burocratização do sistema, advinda da necessidade da normatização para aquisição do repasse de recursos, como também a cultura da maior relevância ao atendimento a quadros agudos, leva a uma fragmentação do sistema, onde os serviços se apresentam isoladamente para atender mais facilmente os critérios exigidos pela União, através do Ministério da Saúde, para o recebimento de repasses (Costa e Neves, 2013; Teixeira, 2006).

O isolamento dos serviços leva a pouca comunicação entre as redes de Atenção, com maior ênfase entre a Atenção Básica e a Especial, interferindo negativamente no grau de

resolutividade do sistema, ou seja, o usuário adentra o sistema e encontra grande dificuldade para transitar dentro do mesmo, não conseguindo atingir objetivos, como exames e procedimentos cirúrgicos (Mendes, 2010).

Pensando ainda no caráter clientelista que o sistema busca vencer, pode-se observar que as ações preventivas voltadas aos casos crônicos, estes hoje em maiores quantidades que as situações agudizadas (Malta e col., 2014), ainda são escassas, impactando também diretamente no grau de resolutividade do sistema. Um exemplo deste dinamismo pode ser observado através de um dado referente a atendimentos ortopédicos da Atenção Especial na cidade de Dourados – MS. Segundo informações da Secretária Municipal de Saúde, solicitadas pelo Ministério Público Federal, em novembro de 2015 existiam 5.863 pacientes aguardando atendimento. Essa amostra contemplam encaminhamentos da Atenção Básica dos anos de 2012 a 2015.

No município de Dourados – MS a comunicação dentro da rede é regulada por um sistema denominado Sisreg, que tem por objetivo direcionar e facilitar o acesso aos serviços. No entanto, em Dourados – MS, este sistema acaba por centralizar todo o serviço e sobrecarregar a Atenção Primária, a partir do momento em que solicita ao paciente retornar a unidade básica de saúde para inserção do encaminhamento no sistema, para aí sim ser regulado pelo Sisreg (SEMS, 2016).

Os motivos para um fila de espera tão extensa são indicados desde falta de mão de obra, passando pela burocracia e alcançando a falta de recursos. O município não atendeu as exigências para a implantação de um serviço de Alta Complexidade em ortopedia, e tais casos são encaminhados a capital do estado. O direcionamento dos recursos da cidade – que atende também outros 17 municípios – é voltado para atendimentos em ortopedia geral, mais especificamente em situações de emergência, segundo as mesmas informações, da Secretária Municipal de Saúde, prestadas ao Ministério Público.

Um fator relevante que a grande fila de espera ocasiona, além do baixo grau de resolutividade do sistema, é o absenteísmo. A burocratização e a grande fila de espera levam os pacientes a desistirem das consultas e exames, gerando assim sobras de vagas, já que não comparecem ao serviço de saúde quando agendado. Essa dinâmica gera ônus ao sistema, tanto de recursos financeiros, quanto colabora para a continuidade da extensa fila (Cavalcanti, 2013).

Esta informação evidencia que o direcionamento dos recursos ainda são voltados as situações agudas, em detrimento das situações crônicas, demonstrando assim como Mendes (2010, 2011), Fadel e colaboradores (2009), Silva (2011), Santos (2007) e Oliveira e colaboradores (2007) relatam sobre a existência ainda do perfil curativo do sistema.

Ainda é possível observar que a imensa fila de espera pode evidenciar a falta de recursos humanos da atenção especializada, ou ainda, má gestão e alocação dos mesmos. Tendendo ao travamento da caminhada dos usuários do sistema às portas da atenção especializada, é possível observar ainda a já supracitada falta de resolutividade na atenção primária, mesmo sendo justamente esta, segundo Mendes (2010), a rede que deveria coordenar os caminhos dentro do sistema e proporcionar o trabalho descentralizado e integral. Podemos então observar que o município de Dourados-MS apresenta o mesmo panorama nacional.

Então é necessário considerar se o fluxo criado dentro do sistema neste município esta realmente proporcionando a efetividade dos princípios de descentralização e integralidade da assistência.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados - MS, o sistema de regulação a nível ambulatorial esta sendo reformulado, procurando abdicar da ótica centralizadora, passando a ser instalado em todas as unidades conveniadas do SUS fazendo com o que o usuário possa inserir o encaminhamento no próprio serviço que foi atendido. Esta nova dinâmica pode levar um grande avanço ao município, diminuindo a demanda da atenção básica (local onde o paciente deveria retornar para inserir os encaminhamentos no sistema), além de facilitar a justificativa para a solicitação já que o profissional solicitante encontra-se no mesmo serviço do profissional que insere o encaminhamento no sistema.

No entanto, é importante, e extremamente necessário, um serviço de referencia e contra referencia eficaz para garantir a manutenção do vínculo do paciente a sua unidade de origem, mantendo assim o acompanhamento integral das condições de saúde, referindo-se assim a promoção, prevenção, acompanhamento e reabilitação (SEMS, 2016).

São as redes de Atenção, direcionadas pela atenção básica, que possuem maior poder para ser efetivo na modificação deste perfil e contribuir para o atendimento da atual demanda. Assim estruturar as redes significa fortalecer a comunicação entre elas e os serviços de saúde, rompendo mecanismos burocratizadores e sendo efetivos na demanda, voltados agora, aos

quadros crônicos.

### **Considerações Finais**

Ao observar os estudos realizados por diferentes autores da literatura nacional a cerca dos termos referentes a burocratização, resolutividade e descentralização, podemos inferir que a burocratização influencia o grau de resolutividade do SUS, pois, mesmo com um sistema em processo de descentralização, acaba levando ao distanciamento dos serviços e redes de Atenção à Saúde.

A burocratização do sistema influi diretamente na relação das gestões a nível Federal e Municipal através de normatizações rígidas, reforçando o caráter centralizador e curacionista, fragmentando as redes de Atenção à Saúde, que por sua vez, apresentam dificuldades de comunicação entre si.

À exemplo pode-se ver o município de Dourados – MS, que possui uma fila de espera para atendimentos ortopédicos na Atenção Especializada de cerca de 5.863 pacientes. Este alto número, advém da escassez de profissionais na Atenção Especial, ou má gestão dos mesmos, falta de recursos, mas principalmente, pela cultura centralizadora que o sistema possui, dando mais ênfase aos quadros agudos ou da agudização de quadros crônicos, mantida por mecanismos burocráticos, como o fluxo para acesso a regulação do sistema. Este número evidencia ainda a baixa resolutividade da Atenção Primária de onde partem os encaminhamentos para a Especial.

Deste modo, o caráter burocratizador que a gestão do sistema possui, advindo da cultura centralizadora do sistema anterior (que procura-se vencer agora) influi diretamente na resolutividade do sistema, impedindo o atendimento integral ao usuário. Por fim, é ressaltado ainda que a rede de Atenção Primária pode se apresentar como importante estratégia para romper a cultura clientelista, através do seu fortalecimento com adequação de fluxo e redução de mecanismos burocratizadores, contribuindo para seu crescimento e comunicabilidade dentro do sistema.

### **Referências Bibliográficas**

BRASIL. *Constituição Federal*. De 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. *Legislação do SUS*. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 95, de 26 de Janeiro de 2001*.

BOBBIO, N. *Dicionário de Política*. Trad. Carmen C Varriale. coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11° ed., 1998.

CARMO, E.H. e cols. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília-DF: 12(2): 63-75, 2003.

CAVALCANTI, R.P. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Rev. Tempus Actas Saúde Col*. João Pessoa – PB:, 2013.

COHN, Amélia. A Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos dos SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 25(7): 1614-1619, jul, 2009.

CONILL, E.M. e cols. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern*. Recife – PE: 10(supl. 1): S15-S27, Nov., 2010.

DATAFOLHA. Opinião dos Brasileiros sobre o atendimento público na área da Saúde. Brasília – DF. Instituto de Pesquisa Datafolha, 2015. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>>. Acesso em: 02/02/2016

COSTA, L.; NEVES, J.A.B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde e Sociedade*. São Paulo – SP: v. 22, n. 4. p. 1117-1131, 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas Subjacentes: A Visão Autoritária do Ideário Progressista. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: 2(1): 59-73, 1993.

FADEL, Cristina Berger et al. **Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações em serviços em saúde no Brasil**. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: 43(2), 445-56: mar/abr, 2009.

FINKELMAN, J. org. *Caminhos da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartites. *Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS*. Brasília-DF: CIT, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretório de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2014.

MALTA, D.C e cols. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas

regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília-DF: 23(4): 599-608, out-dez, 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: 15(5): 2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENECUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*. Minas Gerais: v. 15, n.2, p.72-87, mai-ago, 2006.

Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília-DF: Organização Mundial da Saúde; 2003.

OLIVEIRA, D.C. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro – RJ 9(2): 26-46, 2007.

PAIM J.S. O Plano Nacional de Saúde de 1967 e os planos de saúde, hoje: algo em comum?. *Rev Saúde Pública*. São Paulo: 40:386-8, 2006.

PRATES, A.A.P. Administração pública e burocracia. In. Lúcia Avelar e Antônio Octavio Cintra (Org.(s)) *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. 2º ed. São Paulo – SP: Editora Unesp, 2007. p. 117-129.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: 12(2): 429-435, 2007.

\_\_\_\_\_. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: 18(1): 273-280, 2013.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: 10(2): 47-74, 2001.

SEMS. Ofício de 25 de julho de 2015. In: Ministério Público Federal. *MPF/MS investiga fila de 5.863 pacientes por procedimentos ortopédicos em Dourados*. Disponível em: <http://www.prms.mpf.mp.br/servicos/sala-de-imprensa/noticias/2015/11/mpf-ms-investiga-fila-de-5.863-pacientes-por-procedimentos-ortopedicos-em-dourados>. Data do Acesso: 31/01/2016,

Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. SEMS. *Sistema de Regulação*. Dourados/MS. Fevereiro, 2016.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília – DF: 16(6). 2753-2762, 2011.

TEIXEIRA, C. F. A Mudança no Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Livro: *Modelo de atenção à Saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora. EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F. e cols. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, VII(2),

Abr-Jun, 1998.

TORRES, L.M. e col. Significado atribuído por trabalhadores de saúde de Belo Horizonte - MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. *Rev. Bras. Enfem.* Brasília-DF: 65(5): 822-828 set-out, 2012.

TURRINI, R.N.T. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro – RJ: 24(3): 663-674, 2008.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Revisão: Gabriel Cohn. Brasília – DF: Editora Universidade de Brasília, 1999 586 p.

YUNES, João. *O SUS na Ótica da Descentralização*. Estudos Avançados. São Paulo: USP. 13(35), 1999.