

Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas

*The literature perspective of the Brazilian Public Health System
management: weaknesses, potentialities and proposals*

*La gestión del SUS desde la literatura: debilidades, potencialidades y
propuestas*

Alexandra Iglesias¹, Paloma Pereira Andreatta², Nadilu Cardoso Drumond³,
Daniella Caldas Garcia⁴, Pedro Machado Ribeiro Neto⁵

¹ Doutora em Psicologia. Professora Adjunta da UFES/Departamento de Psicologia e professora
colaboradora do PPGP-UFES, Vitória, Espírito Santo

² Psicóloga formada pela UFES, Vitória, Espírito Santo

³ Psicóloga formada pela UFES, Vitória, Espírito Santo

⁴ Graduanda em Psicologia pela UFES, Vitória, Espírito Santo

⁵ Doutor em Psicologia pelo PPGP-UFES, Vitória, Espírito Santo

RESUMO

A consolidação do SUS demanda a democratização das relações. Contudo, nos seus 30 anos, tem sido marcante a separação entre gestão e atenção à saúde. Assim, objetivou-se conhecer como os artigos científicos abordam a gestão em saúde no SUS. Realizou-se revisão integrativa de literatura nas bases de dados Scielo e PePSIC com os descritores “gestão em saúde”, “cogestão”,

Autor de Correspondência:

*Pedro Machado Ribeiro Neto . E-mail: mrn.pedro@gmail.com

e “gestão participativa”, resultando em 16 artigos. Seguiu-se com análise de conteúdo temática, possibilitando as seguintes categorias: “concepções sobre gestão em saúde no SUS”, “dificuldades para gestão em saúde”, “potencialidades da gestão em saúde” e “propostas para gestão em saúde”. Conclui-se que é preciso aproximar os atores sociais dos processos de gestão e considerar aspectos como afetividade e subjetividade neste contexto, possibilitando que trabalhadores, gestores e usuários – todos operadores do SUS – se reconheçam na produção de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Revisão. Gestão em Saúde. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The consolidation of the Brazilian Public Health System (“SUS”) demands the democratization of relationships; however, in its 30 years, the separation between management and health care has been remarkable. Thus, the objective was to know how scientific articles address health management in SUS. An integrative literature review was carried out in the Scielo and PePSIC databases with the descriptors: “health management”; “co-management”; and “participatory management”, and came up with 16 articles. Thematic content analysis followed, resulting in the categories: “conceptions about health management in SUS”; “difficulties for health management”; “potentialities of health management”; and “proposals for health management”. We concluded that it is necessary to bring social actors closer to the management process and aspects such as affectivity and subjectivity shall be considered in this context, allowing workers, managers, and users - all SUS’s operators - to recognize themselves in health production.

Keywords: Humanization of Assistance. Review. Health Management. Delivery of Health Care.

RESÚMEN

La consolidación del SUS requiere la democratización de las relaciones; sin embargo, la separación entre gestión y atención ha sido vehemente durante las últimas tres décadas. Así, el objetivo fue conocer cómo los artículos científicos abordan la gestión en salud en el SUS. Se realizó una revisión integradora de la literatura en las bases de datos Scielo y PePSIC con los descriptores: “gestión en salud”; “cogestión”; y “gestión participativa”, resultando en 16 artículos. A continuación, se realizó un análisis de contenido temático, habilitando las siguientes categorías: “concepciones sobre la gestión sanitaria en el SUS”; “dificultades para la gestión sanitaria”; “potencialidades de la gestión sanitaria”; y “propuestas de gestión sanitaria”. Es necesario acercar los actores sociales a los procesos de gestión y considerar aspectos como la afectividad y la subjetividad, permitiendo que los trabajadores, gerentes y usuarios - operadores del SUS - se reconozcan en la producción de salud.

Palabras clave: Humanización de la Atención. Revisión. Gestión en Salud. Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da democratização das relações cotidianas. No entanto, ao longo dos 30 anos de existência deste sistema, tem sido marcante a presença da racionalidade gerencialista, regida pela separação nas organizações entre o momento da concepção e da execução das atividades de trabalho e pelo exercício do controle e da disciplina¹. Nesse contexto, faz-se necessário repensar os modos de gestão do SUS, resultando na proposta de cogestão, a qual aborda o compartilhamento de poder, expresso na democratização das instituições de saúde e das relações entre os sujeitos.

Cogestão remete às possibilidades de gestão que considerem a existência de uma diversidade de perspectivas e interesses². Assim, surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)³, que aposta no trabalho coletivo, na formação em redes, na autonomia e saberes dos diferentes sujeitos para a construção de melhores condições de vida. Preconiza-se as relações transversais entre os atores da saúde, por meio da democratização das informações, da descentralização do poder e da desestabilização das fronteiras dos saberes^{3,23}.

Contudo, incluir e dialogar com o outro no processo de gestão não é simples, o contato com a diferença suscita conflitos, relações entre sujeitos com diferentes desejos, interesses e necessidades³. Neste sentido, faz-se pertinente investigar: como efetivamente tem se dado a gestão no SUS? Assim, o objetivo deste estudo é conhecer como tem sido abordada a gestão em saúde no SUS nos artigos científicos da área.

MÉTODO

Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, considerada um método de pesquisa de trabalhos acadêmicos

que permite analisar determinado fenômeno, por meio da inclusão de estudos de diversas ordens, experimentais e não-experimentais⁴.

A revisão seguiu as seguintes etapas: seleção das questões de pesquisa, elaboração dos descritores, definição dos critérios de inclusão e exclusão e, finalmente, categorização e análise dos estudos para a sistematização final do conhecimento sobre a temática da gestão em saúde no SUS^{4,5}. As principais questões orientadoras para a presente análise foram: quais os entendimentos trazidos pelos artigos sobre a gestão em saúde no SUS? Como esta gestão se desenvolve? Quais as dificuldades e possibilidades descritas para sua operacionalização?

No período de maio a julho de 2019 foram realizadas buscas de artigos científicos nas bases de dados Scielo e PePSIC com os seguintes descritores: “gestão em saúde”, “cogestão” e “gestão participativa”. Utilizou-se da busca avançada: *gestão and saúde or Cogestão or Gestão participativa*, sendo que pelo menos um deles deveria estar presente, necessariamente, no título do artigo. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis *online* na íntegra e em idioma português (especificamente sobre a realidade brasileira), publicados no período de 2003 (ano de publicação da PNH) a 2019 (momento em que foi realizada a busca) e que apresentassem em seus objetivos a gestão em saúde.

Foram excluídos da presente análise: teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, capítulos de livro, artigos que não apresentavam textos completos em português, artigos que discutiam a questão da gestão em saúde – mas não como tema principal da pesquisa (ou quando não se referia a gestão no SUS) – e artigos que não respondiam a nenhuma das questões levantadas por esse estudo.

Inicialmente, foram identificados 337 artigos, sendo 323 no Scielo e 14 no PePsic. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, do descarte dos

textos repetidos e do crivo de quatro pesquisadores, restaram 16 artigos para análise. Seguiu-se, então, com a aplicação de técnica de Análise de Conteúdo Temática⁶, que consistiu na leitura flutuante dos artigos selecionados orientada pelas questões norteadoras, com fichamento do material em tabela composta por objetivos e principais resultados, seleção das unidades de análise também orientada pelas questões de pesquisa e consolidação das categorias temáticas.

A análise de conteúdo temática resultou em quatro categorias, assim denominadas: “concepções sobre a gestão em saúde no SUS”, “dificuldades para a gestão em saúde”, “potencialidades da gestão em saúde” e “propostas para gestão em saúde”.

RESULTADOS

Concepções sobre a gestão em saúde no SUS

Apenas um⁷ dos artigos analisados não traz de modo explícito a concepção de gestão. Os outros quinze artigos^{1,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21} defendem entendimentos próximos da concepção de gestão participativa e cogestão para o SUS, por mais que alguns tragam outras nomenclaturas para esse modo de gerir. A racionalidade gerencial hegemônica trabalha com o aprisionamento da vontade, do desejo e dos interesses dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que se estrutura outro modo de gerir o SUS, privilegiando pessoas e não as estruturas, organizando os processos de trabalho em que os trabalhadores se reconheçam em sua obra²⁰.

A gestão na saúde pode ser entendida como um conjunto de ações governamentais desenvolvidas no cotidiano⁹, com participação de vários saberes com vistas à democratização do poder^{8,11,12,14,21}. O reconhecimento das igualdades e diferenças biológicas, sociais, políticas e culturais são demandas

da saúde pública. Dessa forma, a cogestão pressupõe um protagonismo dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado, devendo ser potencializados os espaços de escuta e diálogo que se remetam à saúde como direito universal^{10,18}.

A cogestão foi entendida como “recurso de publicização das instituições, que tem como principal horizonte a construção de valores democráticos”¹; “dispositivo de redistribuição do poder nas relações sociais”¹⁷, “autonomia, necessária para a *práxis*, com controle sobre o trabalho, considerando-se o saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários”¹⁶. Foi anunciado um modelo de gestão, denominado “gestão de redes”, que consiste “na busca da cooperação e no exercício da comunicação intensiva”¹⁹.

A gestão foi entendida como uma relação entre trabalho e trabalhador, sendo este entendido como um “sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pelas esferas maiores”¹³. A gestão também foi entendida como fenômeno amplo que vai além da prescrição de tarefas, pois “envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano”¹⁵.

Dificuldades para a gestão em saúde

Todos os artigos analisados apresentam desafios enfrentados na gestão do SUS, como o “forte peso da burocracia estatal e de um modelo hegemônico centrado no indivíduo e na doença”¹⁰. Foi destacado como dificultador “o longo processo de construção do modelo médico hegemônico”²⁰, sendo considerado que, ainda não se enfrentou o desafio de enquadramento dos processos de trabalho, principalmente do médico, a protocolos e sistemas de monitoramento¹⁶.

Foram apontados como principais desafios: o

envolvimento dos diversos atores sociais na gestão, assim como “a captação de recursos para o desenrolar das ações que por vezes esbarram nas barreiras da burocracia institucional”¹⁸. Além disso, “a falta de profissionalização no conjunto da administração, a falta de conhecimento sobre os temas de gestão”¹⁰.

O fato da gestão repousar “sobre princípios que sacrificam a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade”¹⁵, também foi apontado como dificultador. Dessa forma, se por um lado isso aumenta a produtividade, por outro desagrega coletivos e separa o trabalho do conjunto da vida, agravando, inclusive, as patologias decorrentes do trabalho¹⁵.

Outros autores^{1,7,8,11,12,13,14,17} trazem como um dificultador a influência dos modelos de gestão centralizados, tecnológicos e hierárquicos, como “a fragmentação de atividades dentro de campos profissionais e a influência da gerência científica nos serviços”¹⁵ e “a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho”⁹, o que conduziria os profissionais a processos de adoecimento.

Também foram apontadas como dificuldade: “a complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho”¹⁵ e a dificuldade de ruptura com a tendência de centralizar e concentrar o poder normativo da gestão¹, situações que desapropriam “o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas e na produção de saúde”¹².

Autores trazem para a discussão a experiência da participação social nos conselhos de saúde, que “acabam por fracionar as demandas sociais, segmentando-as em necessidades específicas de cada grupo ou segmento representado”²¹, assim como ressaltam a existência de “problemas intrínsecos dos mecanismos representativos de participação e as práticas políticas dominantes no País”⁹.

Um dos desafios para a gestão reside na dificuldade governamental de estar sensível “às demandas sociais, sobretudo aquelas oriundas dos segmentos pobres e marginalizados da sociedade”²¹. Dessa forma, “a persistência de um Estado ainda permeável aos interesses dos mais poderosos tende a dificultar que a coordenação das redes seja realizada por órgãos do executivo com poder normatizador”¹⁹.

Outros desafios à gestão dos serviços de saúde consistem em abarcar a pluralidade de demandas “numa ética que contemple interesses da coletividade e necessidades de usuários e dos diversos grupos de trabalhadores da saúde”¹⁵ e o manejo dos conflitos de interesse entre trabalhadores, “com as normas da instituição, de um lado, e com as demandas dos usuários, de outro”¹⁷. Nesse sentido, foi destacada a ausência de instrumentos de gestão de conflitos, tanto nas equipes, como em colegiados²⁰.

Foi destacada a presença de interesses distintos, que sofrem “interferência significativa da disponibilidade financeira do município e dos mecanismos legais e organizacionais da máquina estatal local”²⁰. Também foram relatadas as resistências políticas existentes nas administrações municipais, as quais estariam acostumadas “a práticas políticas clientelistas e que não se dispõem a enfrentar os interesses privados da Saúde, muitas vezes enraizados dentro da máquina estatal”²⁰.

A restrita autonomia dos gestores municipais em definir políticas e prioridades de ação⁹ também foi destacada, assim como o pouco apoio técnico das Secretarias Estaduais aos municípios na gestão do sistema de saúde: “as metas são pactuadas nacionalmente, num calendário definido centralmente, que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes e dos espaços locais”⁹.

Outro desafio à gestão pública se refere à “disseminação de organizações sociais, OSCIPs, cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho em saúde”⁷, o que

acarreta dificuldades ao processo de gestão do SUS, os quais, podem ser ilustrados por “falta de gestão profissionalizada, ou seja, persistência de mercado ‘amadorismo’ na gestão do sistema em todos os níveis”⁷.

Potencialidades da gestão em saúde

Oito artigos analisados destacam potencialidades para uma gestão participativa ou uma cogestão^{1,8,10,11,12,14,18,21}. Dentre as potencialidades, destacam-se a produção de sujeitos da ação de saúde, criativos e afetivos, e a afirmação de uma sociedade democrática com valorização da participação social.

Esse modo de organização da gestão pode potencializar as equipes “quando tem reconhecido o seu espaço social de atuação com mais autonomia, crescimento nos conhecimentos técnicos e diálogo mais autêntico entre disciplinas”¹⁰. A possibilidade de participação dos indivíduos se afirmarem como sujeito da ação de saúde, produz suas peculiaridades individuais, sociais, econômicas e culturais^{8,10}. Nesse sentido, é preciso “considerar o trabalhador de saúde um ser cognoscente, corresponsável pelo suprimento de suas necessidades e pelo estabelecimento de relações entre os membros da equipe”¹⁰.

A possibilidade da organização da gestão produz o sentimento de pertencimento, o qual pode ser entendido como “reconhecimento e integração, experiência de afecção, de sentir o outro em sua diferença como alguém com quem se compartilha o direito ao bem-comum”¹.

Foi destacada a gestão participativa como afirmação de uma sociedade democrática, além da ampliação da concepção de saúde, que requer vários olhares, setores e atores^{8,10,21}. Além disso, foi ressaltada a possibilidade da cogestão potencializar o contexto da esfera pública como um pilar “para a construção da saúde como um direito, para além da busca de maior cobertura e melhor qualidade na prestação dos serviços de atenção à saúde”²¹.

A gestão participativa foi apontada como potencialidade de articulação da perspectiva popular e da esfera institucional, sendo capaz de restabelecer relações do cotidiano, “incluindo novos sentidos para a ação governamental, revitalizando-a, chamando-a a pensar coletivamente e a ouvir a comunidade em seus desejos e necessidades”¹⁸.

Foi destacada a possibilidade de efetivação da integralidade, de uma rede de atenção mais humanizada e solidária^{12,18}, como também a potencialidade da cogestão em assegurar “saúde e realização pessoal dos trabalhadores”¹⁴. Além disso, foi afirmado que as organizações participativas podem contribuir para aprimorar as responsabilidades no setor da saúde, “permitindo com isso o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes”¹¹.

Propostas para a gestão em saúde

Nessa categoria, quinze^{1,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20} dos artigos analisados trazem propostas para o fortalecimento da cogestão ou da gestão participativa. Foi mencionada a necessidade de valorização do conhecimento e das práticas dos trabalhadores “com potencial para criar novos produtos e serviços em interação com sua equipe num ambiente gerador de conhecimentos materializados em produtos, processos e serviços”¹⁰. Foi citada como proposta a utilização do “*Meta Learning Model*”, o qual pode ser entendido como um “processo de aprender no qual a equipe ou pessoa é capaz de dissolver os atratores que limitam suas possibilidades de ação no mundo, para obter melhores resultados e é capaz de gerar atratores que abram suas possibilidades de ação”¹⁰.

A valorização do trabalhador^{12,13} também foi apontada como proposta, sendo ressaltada a necessidade de debater e produzir conhecimento sobre os processos de trabalho, “considerando o conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico

da atividade, suas normas e variabilidades”¹². Além disso, a necessidade do conhecimento mútuo sobre as ações foi sinalizada como proposta, com “comunicação e a identificação da presença de diversas lógicas”¹⁵. Nessa esteira, seria oportuno garantir a estabilidade de uma equipe técnica, por meio de “investimento na formação e constituição de sujeitos, lideranças, técnicos, gerentes, ‘quadros’, enfim, dotados de capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e defesa do SUS”⁷.

Os artigos^{1,8,9,13,17,20} propõem a criação de espaços coletivos de discussão da gestão, como, por exemplo, os colegiados de gestão. Nesse sentido, é almejada a potencialização das Comissões Intergestores, dos conselhos e das conferências como meios de efetivação da democratização, descentralização e articulação do sistema⁹, assim como a criação, nesses espaços coletivos, de “diretrizes de poder e de funcionamento institucional”⁸.

Ao considerar a importância da comunicação no processo de gestão, foi proposto um sistema de comunicação na internet, o que “facilitaria a formulação de estratégias, tomada de decisão pactuada, acompanhamento sistemático de projetos e ações, integração de conhecimento e de competências”¹⁹. Assim, um modelo virtual de compartilhamento da gestão, como a análise de redes aprimoraria o desenvolvimento de políticas públicas, diante do investimento “no desenvolvimento de aplicativos para reforçar o sistema de informação e de comunicação no ciberespaço”¹⁹.

Outros autores^{11,14,16}, por sua vez, propõem o apoio matricial e o apoio institucional como possibilidades de compartilhamento de poderes entre gestão e equipe, como também entre profissionais e os usuários. Com isso, propõe-se a utilização da educação popular, a qual enfatiza o diálogo, o saber popular e a busca de inserção na dinâmica local¹⁸. Essa proposta foi nomeada de “Cirandas da Vida”, institucionalmente uma Roda da Educação Popular

em Saúde. A ideia é alterar qualitativamente os processos de trabalho, contextualizados “em uma vivência educacional que tem como protagonistas: gestores, trabalhadores da saúde, instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares”¹⁸.

A proposta de Educação Permanente em Saúde foi trazida por vários autores^{7,9,13,18} como possibilidade de fazer valer uma gestão mais participativa no SUS. A Educação Popular foi entendida como estratégia “para criar novos espaços democráticos de debate e construção descentralizadas de políticas de saúde”⁹, para além da Educação Permanente em Saúde, Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS) e Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS) possibilitando “ampliação das oportunidades de gestores municipais e trabalhadores do SUS participarem ativa e decisivamente desse processo”⁹.

DISCUSSÃO

Os princípios e diretrizes do SUS convergem para uma gestão compartilhada. Contudo, a influência de um modelo gerencial, historicamente consolidado, marcado por relações hierarquizadas entre planejamento e execução, se presentifica também neste sistema^{3,22,23}.

Na direção de efetivação do SUS se estruturaram políticas de fomento à outro modo de se relacionar e, por consequência, de gerir os processos de trabalho, como a PNH, a qual defende a cogestão como um “modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo”³, sendo, portanto, uma diretriz ética e política. A aposta desse modelo de cogestão diz de um sujeito inventivo, capaz de criar outras formas de fazer saúde. Com isso, todos têm o seu valor nos processos decisórios que dizem respeito a suas vidas e, conseqüentemente, à sua saúde.

No entanto, como trazido pelos artigos analisados, esse modelo de gestão contém disputas e conflitos,

principalmente considerando a coexistência, junto ao paradigma emergente que sustenta essa prática, de um paradigma dominante que insiste em colocar cada sujeito em um lugar bem definido, fragmentando o trabalho e hierarquizando relações de poder.

Pode ser observada a coexistência de propostas antagônicas no contexto da gestão do SUS: de um lado há uma aposta em efetivar melhorias ao modelo tradicional e, de outro, a pretensão em instaurar um novo modelo de atenção e gestão, baseado na cogestão e na humanização²⁴. Essa discussão corrobora os desafios trazidos pelos artigos analisados, os quais apontam o modelo hegemônico, centrado no médico e na doença, como entraves para a gestão compartilhada: “o poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um”²⁵.

Ora, se o saber biomédico é central para evitar doenças, não caberia, nesse raciocínio, a contribuição de outros saberes que agregam debates sociais, políticos, econômicos e psicológicos para produzir saúde, já que o médico se tornaria responsável único sobre os processos decisórios, marcando assim uma relação hierárquica de saber/poder. Dessa forma, fica inviável a possibilidade de monitoramento e avaliação desses médicos¹⁶, já que estariam no topo desse sistema, não cabendo ser questionado e confrontado em suas ideias.

Esse modelo se relaciona a outras dificuldades anunciadas pelos artigos, como o envolvimento dos diversos atores sociais, de se perceberem e atuarem como parte de um sistema de saúde em construção. Isso diz da necessidade de reconhecimento do outro, que tem seus saberes diferentes, mas igualmente importantes na construção de melhores condições de vida. Ainda mais no atual momento histórico de desmonte do SUS, com a PEC 95, a Política Nacional de Atenção Básica 2017, o avanço na terceirização da gestão no SUS, a possibilidade de desmonte das equipes NASF, dentre outros agravantes.

Com isso, se potencializa a dificuldade de construção de um consenso sobre a missão ou a “imagem-objetivo” do SUS⁷, a partir da redução do financiamento para o sistema, da relativização da universalidade do acesso, da afirmação de uma gestão amadora nos pressupostos do SUS, da precarização do trabalho em saúde e da quase exclusão da presença massiva de várias categorias profissionais com a possível extinção dos NASF, por exemplo²⁶.

Neste contexto, há que se destacar as propostas compartilhadas pelos artigos, como, por exemplo, a utilização sistemática nos territórios da Educação Popular como estratégias de fomento à participação e engajamento dos cidadãos na afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado. A Educação Popular “apresenta-se de maneira diferenciada, a qual permite um diálogo entre as classes sociais de forma horizontal, considerando o conhecimento popular relevante para a mudança social, através de suas próprias reflexões acerca das condições em que se encontram”²⁷.

A perspectiva é amenizar os desafios, também apontados pelos artigos, de baixa participação dos usuários na atenção e gestão em saúde, de colocar em revisão as problemáticas relativas aos “mecanismos representativos de participação e as práticas políticas dominantes no País”⁹, ou ainda, de qualificar as relações ao colocar no centro do debate, os conflitos e as divergências para a invenção de novos acordos de vida coletiva²⁶.

Os espaços coletivos de tomada de decisão são capazes de disparar novas formas de vida, na equipe gestora, nos usuários e nos profissionais que atuam diretamente nos serviços²⁸. Nesse sentido, os artigos analisados apresentam propostas para o fortalecimento da gestão participativa: colegiados gestores, rodas de Educação Permanente, Apoio Matricial, Apoio Institucional, espaços cibernéticos de comunicação, entre outros. Assim, advoga-se pela valorização dos sujeitos, para além do reconhecimento dos saberes e práticas de cada

trabalhador^{12,13}. O Apoio Institucional, por exemplo, objetiva “aumentar a capacidade dos sujeitos de refletirem e intervirem na realidade enquanto produzem bens ou serviços para outros”²⁹.

O Apoio Matricial e a Educação Permanente afirmam, também, um sujeito participativo, coproduzido a partir de relações transversalizadas, vindas de suas propostas formativas e terapêuticas de compartilhamento de saberes e práticas³⁰. Permitem a ampliação da capacidade de análise e reflexão da realidade e produção de liberdade e compromisso social dos sujeitos - trabalhadores e usuários - para cogestão em saúde³¹. Os colegiados gestores, por sua vez, se apresentam como arranjos coletivos de cogestão: “promotores da participação dos sujeitos no planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde, sendo estratégicos na medida em que permitem disparar processos de mudança”³².

Contudo, cabe considerar que os dispositivos de cogestão, como os colegiados gestores, ao não cumprirem com seus propósitos, especialmente o de legitimar a negociação e pactuação entre os trabalhadores, podem reforçar o descrédito na participação e ampliar o distanciamento entre gestão e serviços²⁶.

Como trazido pelos artigos analisados, a potencialidade da cogestão está justamente em promover essa aproximação entre os atores sociais, produzir sujeitos da ação de saúde, criativos e afetivos, afirmar a sociedade democrática com valorização da participação social, reconhecer o espaço social de atuação dos trabalhadores, produzir autonomia, fomentar o diálogo entre as disciplinas, ampliar os coeficientes de vínculo entre gestores, trabalhadores e usuários, fortalecendo a esfera pública e nova forma de representação direta na gestão.

Para tanto, vale investir na formação para o SUS e abarcar as dimensões afetivas e subjetivas, as quais “não são consideradas nas relações que se estabelecem no processo de ensino-aprendizagem formal”³³. Isso, certamente, associado a certas

garantias institucionais¹⁵, de estabilidade e de permanência na organização, por exemplo, poderá contribuir no processo de comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, pela qualificação da escuta e construção de confiança e cooperação entre eles, que se consolida com o tempo.

CONCLUSÕES

O método utilizado de revisão integrativa permitiu a análise de artigos científicos que abordam a gestão em saúde no SUS, de modo que as categorias surgidas com a análise de conteúdo possibilitaram a discussão de temáticas imprescindíveis ao SUS.

Um dado que chamou a atenção foi que a quase totalidade dos artigos demonstrou visões próximas da concepção de gestão participativa e de cogestão expressos pela PNH³, ao mesmo tempo em que a totalidade dos artigos analisados ressaltou desafios para a consolidação de tal modo de gerir. Contudo, metade dos artigos analisados relatou potencialidades de se efetivar uma gestão participativa ou cogestão no contexto do SUS. Diante disso, uma das tarefas imprescindíveis seria a produção de sujeitos da ação, criativos e afetivos, na construção de uma sociedade democrática com valorização da participação social.

Acrescido disso, foram apontados também, propostas de superação daqueles entraves: o investimento na formação para o SUS, garantias institucionais como a estabilidade das equipes de gestão e dos serviços, Educação Permanente em Saúde, Apoio Matricial, Apoio Institucional, além de outros espaços coletivos, como os colegiados gestores e espaços virtuais (internet e redes sociais) de comunicação para uma gestão participativa.

Um ponto em comum em todos os artigos analisados se deve ao fato de que é preciso aproximar os atores sociais e considerar aspectos como a afetividade e subjetividade na formulação de políticas. Dessa forma, é possível que trabalhadores, gestores e

usuários – que também são operadores do SUS – se reconheçam em sua obra, isto é, se apropriem da produção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guizardi FL, Cavalcanti FO. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*. 2010a; 20(4): 1245-1265. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.
2. Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). *Gestão Participativa e Cogestão*. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. Brasília; 2009. [acessado em 14 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf.
4. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*(São Paulo). 2010; 8(1): 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17(4): 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
6. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
7. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(Suppl): 1819-1829. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>.
8. Ferraz CA, Gomes ELR, Mishima SM. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(4): 395-400. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400002>.
9. Feuerwerker L. Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(18): 489-506. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003>.
10. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto contexto – Enferm*. 2006; 15(3): 483-491. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300014>.
11. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
12. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3): 555-561. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000022>.
13. Benito GAV, Licheski AP. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3): 447-450. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300018>.
14. Mori ME, Oliveira OVM de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(Suppl1): 627-640. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>.
15. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4): 721-725. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>.
16. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2337-2344. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.
17. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface (Botucatu)*. 2010b; 14(34): 633-646. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000013>.
18. Dantas VLA, Linhares AMB, Silva EJ, Lima RF, Silva MRF, Andrade LOM. Cirandas da vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. *Saude Soc*. 2012; 21(Suppl1): 46-58. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500004>.
19. Martins WJ, Artmann E, Rivera FJU. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(Suppl 1): 51-58. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000057>.

20. Pimenta AL. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. *Saude Soc.* 2012; 21(Suppl 1): 29-45. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500003>.
21. Cohn, A, Bujdoso YL. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social.* 2015; 27(1): 33-47.
22. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(4): 901-911. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>.
23. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, Marchi R, Martins AB. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020; 25(2): 407-420. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>.
24. Pereira Junior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu).* 2014; (18) suppl.1; 895-908. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>.
25. Foucault M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal; 1979.
26. Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad de Saúde Pública.* 2010; (26): 557-566.
27. Santos, AC; Machado, AMB. Educação Popular: uma breve discussão teórico-metodológica. In Cruz PJSC, Rodrigues APME, Pereira EAAL, et. al. *Vivências de extensão em educação popular no Brasil, v.1: extensão e formação universitária: caminhos, desafios e aprendizagens.* João Pessoa: Editora do CCTA; 2018.
28. Galavote HS. et al. A gerência do trabalho na estratégia de saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Soc.* 2016; 25(4): 988-1002. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016158633>.
29. Fernandes JA, Figueiredo MD. Apoio Institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis.* 2015; 25(1): 287-306. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100016>.
30. Saraiva SAL, Zepeda J, Liria AF. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020; 25(2): 553-565. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>.
31. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos.* São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
32. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(11): 4541-4548. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>.
33. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Soc.* 2011; 20(4): 884-899. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.