

Cogestão como um modo de trabalho em saúde: Concepções dos Profissionais dos Serviços e da Gestão

Co-management as a way of working in health: Conceptions of Service and Management Professionals

Cogestión como modo de trabajo en salud: Concepciones de los profesionales de los servicios

Estudo empírico

Alexandra Iglesias¹

<https://orcid.org/0000-0001-7188-9650>

E-mail: leiglesias@gmail.com

Nadilu Cardoso Drumond¹

<https://orcid.org/0000-0003-4527-9781>

E-mail: nadiludrumond@gmail.com

Luciana Bicalho Reis¹

<http://orcid.org/0000-0001-6173-7514>

E-mail: luciana.b.reis@ufes.br

Camila Marchiori Pereira¹

<https://orcid.org/0000-0001-5731-0702>

E-mail: milamarchior@gmail.com

Meyrielle Belotti¹

<http://orcid.org/0000-0003-3901-4656>

E-mail: meyrielle.belotti@ufes.br

¹ Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil

Editora Associada Responsável:

Luara Carvalho

<https://orcid.org/0000-0003-3852-3133>

Como citar:

Iglesias, A., Drumond, N. C., Reis, L. B., Pereira, C. M., & Belotti, M. (2026). Cogestão como um modo de trabalho em saúde: Concepções dos Profissionais dos Serviços e Gestão. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 26, e26355. <https://doi.org/10.5935/rpot/e26355>

Resumo: Objetivou-se analisar as concepções de profissionais dos serviços de saúde e da gestão da rede municipal sobre cogestão. Utilizou-se da técnica do grupo focal (GF) para a coleta de dados. Procedeu-se à análise lexical do tipo Classificação Hierárquica Descendente, com o auxílio do software Iramuteq. Os resultados delinearão quatro classes: 1. "Entraves à aproximação dos sujeitos da saúde pública"; 2. "O atendimento em foco"; 3. "Dispositivos e arranjos para cogestão: potencialidades e desafios"; 4. "Gestão dos processos de trabalho: é possível, mas nem sempre. A cogestão foi compreendida como um modo de conduzir o trabalho que possibilita a troca de saberes e de experiências. Contudo, verificou-se a reprodução de relações de poder verticalizadas, presentes nos espaços e práticas orientados pelo princípio da cogestão. Conclui-se que os trabalhadores veem a cogestão como um caminho possível na garantia de uma saúde integral e corresponsável.

Palavras-chave: gestão em saúde, humanização da assistência, Sistema Único de Saúde.

Abstract: The objective was to analyze the conceptions of professionals from health services and management of the municipal network on co-management. The Focus Group (FG) technique was used for data collection. This was followed by a lexical analysis of the Descending Hierarchical Classification type using the Iramuteq software. The results delineated four classes: 1. "Barriers to users accessing public health"; 2. "Service in focus"; 3. "Devices and arrangements for co-management: potentialities and challenges"; 4. "Management of work processes: it is possible, but not always". Co-management was understood as a way of conducting work that enables the exchange of knowledge and experiences. However, the existence of the reproduction of verticalized power relations was verified, present in spaces and practices guided by the principle of co-management. It is concluded that workers see co-management as a possible way to guarantee integral and co-responsible health.

Keywords: health management, humanization of assistance, Public Health Service.

Resumen: El objetivo fue analizar las concepciones de profesionales de nivel superior de los servicios de salud y de la gestión de la red municipal sobre cogestión. Se utilizó la técnica de grupo focal para recolectar los datos y se aplicó el análisis léxico por clasificación jerárquica descendente con el software Iramuteq. Los resultados revelaron cuatro clases temáticas: obstáculos para la aproximación de los sujetos de la salud pública; la atención como foco; dispositivos y arreglos de la cogestión; y la gestión de los procesos de trabajo. La cogestión fue comprendida como una estrategia que favorece el intercambio de saberes y experiencias. Sin embargo, persistieron relaciones de poder verticalizadas incluso en espacios donde se propone la cogestión. Se concluye que los profesionales reconocen en la cogestión un camino viable para una atención integral y corresponsable en salud.

Palabras clave: gestión en salud, humanización de la atención, Sistema Único de Salud.

Introdução

A compreensão da saúde pública no Brasil passou por transformações importantes ao longo do tempo. Historicamente, predominou a concepção de saúde como a simples ausência de doença, com forte valorização da figura médica e pouca participação da população nas decisões que afetam diretamente sua saúde (Sousa & Fernandes, 2020). Contudo, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse cenário começou a mudar. As normativas que orientam o SUS passaram a afirmar a importância da participação social nos processos decisórios, bem como os princípios da integralidade do cuidado e da concepção ampliada de saúde. Essa perspectiva exige a articulação entre os diversos setores sociais para a construção de melhores condições de vida para todos.

No entanto, na prática, por vezes, a efetivação do SUS segue ainda os passos daquela racionalidade gerencial hegemônica, caracterizada pela centralização das decisões, na tentativa de reduzir o(a) trabalhador(a) a um recurso, capaz de ser controlado(a) de acordo com os interesses de gestores(as). Essa lógica opera a separação dos(as) trabalhadores(as) de acordo com suas funções e especialidades, estabelecendo relações verticais de poder entre usuários(as), gestores(as) e trabalhadores(as) (Campos, 2010; Iglesias et al., 2021).

Nesse contexto de disformidade entre os pressupostos do SUS e tais práticas gerenciais, surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que busca investir em relações transversais entre os(as) gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as), na articulação entre diferentes saberes e sujeitos e no compartilhamento de poder, com o intuito de garantir uma saúde integral e resolutiva (Brasil, 2009; Santos Filho et al., 2009). As diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) pressupõem práticas que envolvem "a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras" (Santos Filho et al., 2009, p. 604).

Dentre as diretrizes dessa Política, destaca-se, neste estudo, a cogestão, que, contrariamente ao gerencialismo hegemônico, baseia-se no trabalho em equipe, de modo que os interesses e desejos de todos os(as) envolvidos(as) sejam considerados. Essa diretriz propõe uma forma de organização dos processos de trabalho centrada na horizontalidade e na valorização do diálogo entre os diferentes atores. Ao compartilhar o poder "por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente" (Brasil, 2009, p. 12), a cogestão fortalece práticas mais democráticas e colaborativas no interior dos serviços de saúde, promovendo cuidado como construção coletiva.

Teoricamente, a cogestão fundamenta-se no Método Paideia, que propõe a superação da divisão clássica entre quem planeja e quem executa, visando aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos sobre a própria realidade. Mais do que um arranjo administrativo, a cogestão é compreendida como uma aposta na produção de subjetividade, em que a autonomia dos trabalhadores e usuários não é um dado prévio, mas uma construção política e pedagógica realizada no coletivo. Assim, o compartilhamento do poder implica o reconhecimento de que todos os atores envolvidos são sujeitos de desejo e de saber, transformando o cotidiano do serviço em um espaço de aprendizagem e de corresponsabilização ética (Campos, 2007; 2010).

Nessa perspectiva, usuários(as) e trabalhadores(as) devem fazer parte de todas as etapas da gestão, sobretudo porque esta não se limita a um espaço ou campo de ação exclusivo, mas se configura como uma postura ético-política. Essa postura implica a corresponsabilização do cuidado, o fortalecimento da autonomia das pessoas, a divisão das tarefas, o compartilhamento de práticas e saberes e a produção de sujeitos participativos (Campos, 2010; Doricci & Guanaes-Lorenzi, 2021).

No entanto, o exercício da cogestão depende de certas garantias institucionais, como os espaços coletivos de caráter deliberativo, que possibilitam às pessoas opinar, discutir os processos de trabalho e decidir sobre as ações destinadas à consolidação de um sistema público de saúde de qualidade (Doricci & Guanaes-Lorenzi, 2020). Dentre esses espaços coletivos que podem promover a cogestão, a PNH sugere: colegiados gestores, conselhos de gestão, mesas de negociação, grupo de trabalho de humanização, dentre outros dispositivos que fomentem o diálogo e a tomada de decisão coletiva.

Neste contexto de discussão, é importante problematizar se a cogestão tem, de fato, se materializado no cotidiano desse sistema de saúde. Dessa forma, este estudo objetivou analisar as concepções de profissionais dos serviços de saúde e da gestão sobre a temática da cogestão em saúde.

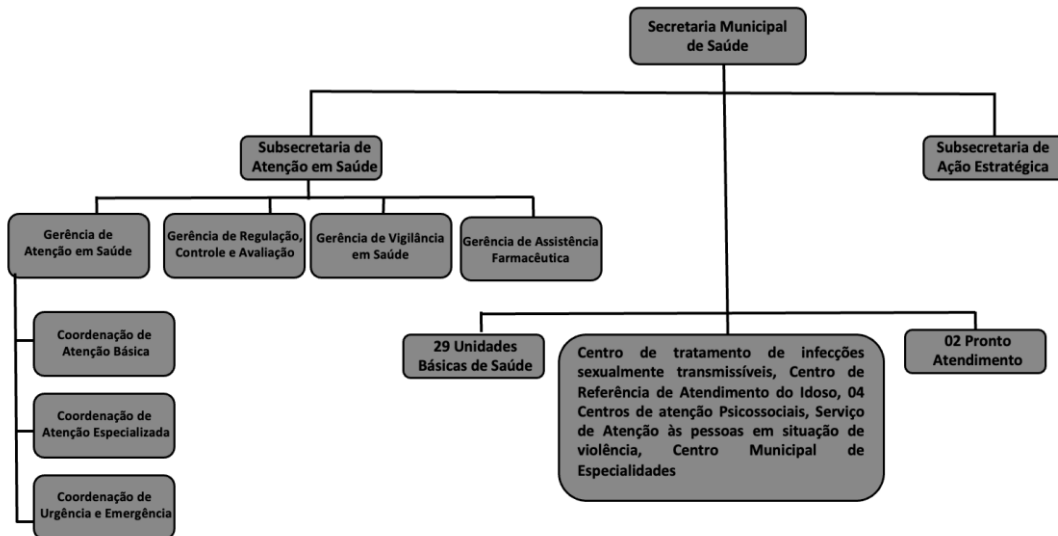
Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo, escolha fundamentada na necessidade de compreender a profundidade e a subjetividade das concepções sobre a cogestão no cotidiano dos serviços de saúde (Minayo, 2006). Tal estudo realizou-se em um município do Sudeste brasileiro, cuja Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) se compõe conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1

Composição de parte da Secretaria Municipal de Saúde, com suas gerências e seus serviços



Fonte: as próprias autoras

Participantes

Participaram profissionais e diretores(as) dos serviços da rede municipal e da Gerência de Atenção à Saúde (GAS), com 20, 15 e 18 participantes, respectivamente. Buscou-se garantir a presença de pelo menos um profissional de saúde representante de cada um dos serviços vinculados à Gerência de Atenção à Saúde. Assim, participaram trabalhadores de diferentes categorias profissionais: agente comunitário de saúde, assistente social, dentista, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, psicólogo, técnico administrativo, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal. Destes, 90% do sexo feminino e 10% do sexo masculino, com idade entre 35 e 55 anos. No que diz respeito ao vínculo empregatício dos participantes, cerca de 70% deles encontravam-se sob regime estatutário. Cada sessão teve, em média, 10 integrantes, totalizando 53 participantes.

Instrumentos

Foram realizados cinco grupos focais (GF), cujas discussões foram direcionada pelos pesquisadores a partir de um ementário, elaborado pela equipe de pesquisa, com questões que versavam sobre a concepção de cogestão e as possibilidades e os desafios para efetivação dessa prática, tais como: "Você se enxerga como gestor do seu processo de trabalho?"; "Quem faz a gestão do seu processo de trabalho?"; "Como se faz a gestão do seu trabalho?"; "O usuário se inclui nesse processo de gestão?"; "Vocês percebem no cotidiano de trabalho ações/processos/estratégias que promovam uma gestão compartilhada?". Anteriormente à execução dos GF, realizou-se um piloto, cujo conteúdo não integrou a análise deste estudo, para avaliar a qualidade do roteiro construído. O GF tem como finalidade obter dados por meio de discussões cuidadosamente planejadas, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes, linguagens, hábitos, restrições e representações sociais sobre um determinado tema em comum, que faz parte de suas vidas (Lima & Sampaio, 2023).

Procedimento de Coleta de Dados e Cuidados Éticos

Os GF foram moderados por um trio de pesquisadores devidamente treinados para o emprego da técnica. O recrutamento dos participantes ocorreu por meio de convite formal enviado por e-mail institucional aos profissionais dos serviços e da gestão interessados em compor essa pesquisa e com no mínimo 6 meses de atuação no setor, garantindo a participação voluntária.

Os encontros, realizados em uma sala própria da Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS), foram divididos em um momento de recepção dos participantes, explicação dos objetivos da pesquisa, assinatura do TCLE e discussão grupal a partir da introdução das questões do ementário. A duração média dos GF foi de duas horas, e as sessões foram gravadas em arquivos digitais de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (nº do parecer: 2.410.025) e pela Secretaria Municipal de Saúde. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Procedimentos de Análise de Dados

Os materiais textuais obtidos a partir da transcrição dos cinco GF foram reunidos para a construção de um corpus único. Com o auxílio do software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), utilizou-se, para análise textual, a técnica da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A CHD é um método que relaciona e classifica os segmentos de texto a partir do seu vocabulário, resultando em um esquema hierárquico de classes que se distinguem pela semelhança de seus segmentos de texto (Camargo & Justo, 2013). Além disso, o software permite identificar no corpus os segmentos de textos de cada classe, o que garante que o(a) pesquisador(a) possa compreender o contexto em que aquele vocabulário foi utilizado (Camargo & Justo, 2013).

Nesse processo de análise, a denominação das classes foi estabelecida a partir dos sentidos apresentados pelos segmentos de textos mais representativos de cada agrupamento. Para garantir a fidedignidade e o rigor analítico, a nomeação foi realizada por meio da triangulação entre os pesquisadores, de modo que cada autor realizou uma análise independente dos núcleos de sentido de cada classe e, posteriormente, as denominações foram compartilhadas e validadas em reuniões entre a equipe de pesquisa, assegurando que os nomes finais refletissem o conteúdo semântico dos dados.

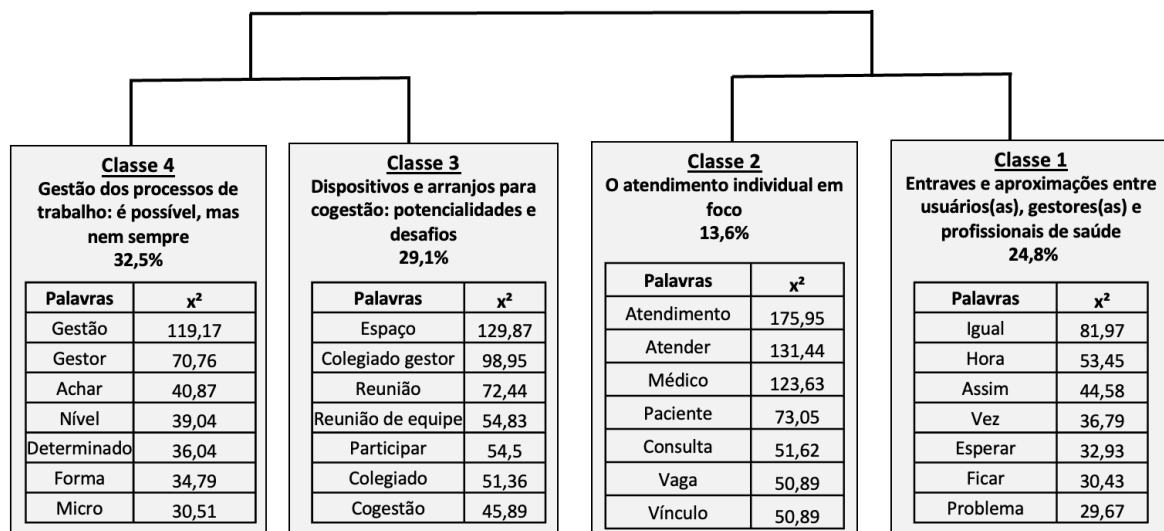
Na sequência, vale destacar que a escolha das falas ilustrativas de cada classe seguiu igualmente critérios de rigor estatístico e representatividade semântica. Em outras palavras, foram selecionados os segmentos de texto com os maiores qui-quadrados – o que refere a associação estatística mais significativa com a classe gerada pela CHD – e que melhor expressavam o núcleo do tema discutido na classe – análise qualitativa –, priorizando falas que sintetizassem as concepções e vivências compartilhadas pelos participantes durante os grupos focais.

Resultados

O corpus textual submetido à CHD desdobrou-se em 1.987 segmentos de textos, com 69.143 ocorrências e 5.314 formas distintas, tendo um aproveitamento de 90,79% e resultando em 4 classes. A Figura 2 ilustra a divisão do corpus e apresenta a composição de cada classe: as palavras e seus respectivos qui-quadrados (χ^2), que indicam a força de associação de uma palavra a uma determinada classe.

Figura 2

Dendrograma da CHD do corpus "cogestão" gerado pelo software Iramuteq



Classe 1: Entraves à aproximação dos sujeitos da saúde pública (24,8%)

Esta classe agrupa os principais obstáculos que dificultam uma maior aproximação e colaboração entre gestores(as), profissionais e usuários(as). Um dos entraves mais citados é a percepção dos(as) trabalhadores(as) sobre o comportamento dos(as) usuários(as), que são vistos(as) como impacientes e exigentes, agindo como "patrões" que não conseguem esperar pelo atendimento. Essa postura, segundo os(as) profissionais, difere daquela adotada nos serviços privados, onde os(as) usuários(as) seriam mais compreensivos(as).

Tal dinâmica gera, nos(as) profissionais, sentimentos de vulnerabilidade em relação aos(as) usuários(as), "medo de falar", receio de conflitos e de exposição na imprensa. Nas palavras do

participante: *"Eu não posso me dar ao luxo de não olhar meu WhatsApp, eu não posso estar aqui como diretor e não olhar. Não dá para ficar aqui sem neurose, nem no final de semana. Esse modo de gestão pelo WhatsApp é muito atravessador, o usuário se fortaleceu nisso, ultimamente ele chega me intimidando"*.

Em contrapartida, um(a) participante pondera que essa atitude mais reivindicatória dos(as) usuários(as) pode ser um *"sinal positivo"* do fortalecimento da participação social no SUS, em comparação com um passado em que *"ninguém tinha voz nem vez"*.

Outro entrave discutido refere-se à infiltração da *"lógica do privado no público"*, que introduz hierarquias rígidas e uma mentalidade individualizante, prejudicando as aproximações para cogestão em saúde. Para os participantes, isso se manifesta tanto em posturas autoritárias quanto em profissionais que se fixam em uma *"zona de conforto"*, focados apenas em suas tarefas e salários, embora essa *"zona de conforto"* seja questionada pelos participantes como um possível lugar de *"sofrimento ou (...) solidão"*.

A partir dessa discussão, aparecem alguns relatos sobre o sentimento de profissionais em trabalho: *"tem hora que saio de lá cansada porque sinto que a minha gestão não foi respeitada, meu conhecimento técnico ali não é respeitado (...) a ordem veio de cima; tem horas que me sinto pressionada"*. Outra situação presente nessa classe evidencia uma hierarquia entre os membros de uma mesma equipe, delimitada pela formação acadêmica: *"(...) nem sempre tenho a oportunidade de chegar no colega e falar, porque sou técnica e dependo do meu gestor imediato para fazer essa ponte e, às vezes, ele não quer fazer e se eu for lá, tomar a frente e ir lá fazer, ele entende que estou tomando o espaço dele"*.

Essa classe retrata ainda, como os(as) profissionais que trabalham na gerência acreditam que são vistos(as) pelos(as) trabalhadores(as) dos serviços e pelos(as) usuários(as). De acordo com eles(as), estar na gerência não é uma tarefa simples; tem que *"usar os neurônios 10 vezes mais do que na ponta"*. No entanto, para eles(as), há uma crença de que se trata de um lugar onde se trabalha menos, sendo ocupado por profissionais com envolvimento político. Nas palavras do(a) participante: *"(...) é meio cultural de quem trabalha no nível central, dá um jeito, numa expectativa de que não está fazendo. Está ali só fingindo, aquela coisa, olhando indicador, tabela"*. Na fala de outro(a) participante: *"Na ponta nós geralmente ficamos lá, acabou, saiu do consultório, sai do serviço, as coisas ficam lá. Na gestão nós geralmente levamos trabalho para casa e final de semana. Celular, WhatsApp. Só depois que a pessoa vai lá que sabe e agora eu entendo o que acontece aqui"*.

Desta forma, esta classe indica que os entraves à cogestão são predominantemente de natureza relacional e cultural. Eles se manifestam em uma tensa relação entre profissionais, gestores e usuários(as), no atravessamento do serviço público por uma lógica privatista e individualista, e em dinâmicas de poder e apatia nas próprias equipes. Esses fatores criam um ambiente de desconfiança, medo e superficialidade que impede a construção de laços colaborativos essenciais à gestão compartilhada.

Classe 2: O atendimento em foco (13,3%)

Nesta classe, evidencia-se a centralidade da figura do médico e do atendimento médico como o principal eixo em torno do qual o sistema de saúde parece operar. As palavras com maior associação estatística (χ^2) na classe são, justamente, *"atendimento"*, *"atender"*, *"médico"* e *"paciente"*. Os(as) participantes relatam que a grande dificuldade em conseguir médicos faz com que o trabalho de todos(as) fique refém da garantia dessa consulta. Profissionais da gestão afirmam despende grande parte do seu tempo em funções que não lhes cabem, como *"arrumando atendimento para o paciente que precisa trocar a receita"*, em vez de se dedicarem à organização e ao planejamento do serviço, que seria sua atribuição principal.

Segundo os participantes, essa centralidade do atendimento médico também distorce a avaliação do serviço pelos(as) usuários(as). Na análise dos participantes, o sistema de avaliação por nota, via aplicativo ou SMS, existente no município, no qual o(a) usuário(a) atribui uma nota de 0 a 10 à atenção prestada pelo estabelecimento, o serviço como um todo recebe uma nota baixa caso o(a) usuário(a) não tenha conseguido passar pelo médico, desconsiderando todos os outros cuidados que possam ter sido ofertados pela equipe. Diante disso, os(as) participantes apontam para a necessidade de uma maior orientação à população sobre o funcionamento do SUS, sobre os diferentes serviços disponíveis e sobre a diversidade de ofertas de cuidado que existem para além da consulta médica, um conhecimento que, segundo eles(as), muitas pessoas *"não conhecem, é impressionante"*.

Assim, a análise desta classe permite compreender que a prática da cogestão é ofuscada por uma cultura *"médico-centrada"* que permeia todo o sistema. Essa centralidade não apenas sobrecarrega e desvia os(as) profissionais de suas funções estratégicas, mas também molda a percepção de valor do(a) usuário(a), que passa a medir a qualidade de todo um serviço pela disponibilidade de um único tipo de atendimento, o que dificulta o reconhecimento e a valorização de um cuidado integral e multiprofissional.

Classe 3: Dispositivos e arranjos para cogestão: potencialidades e desafios (29,1%)

Esta classe aborda os espaços e dispositivos formais criados para viabilizar a gestão compartilhada, bem como os desafios à sua efetivação. Os(as) participantes listam uma variedade de instâncias, como o "colegiado gestor", as "reuniões de equipe", os conselhos de saúde (locais, municipais, temáticos) e os grupos de trabalho (GTs). Esses espaços são vistos como essenciais, pois, sem eles, "não tem como haver cogestão", a qual remete à troca de saberes e práticas e ao compartilhamento das angústias do cotidiano.

Segundo os participantes, a potencialidade desses dispositivos reside em permitir que os(as) trabalhadores(as) transcendam o papel de meros "executores" e se tornem sujeitos ativos na reflexão e no planejamento do seu processo de trabalho, agregando diferentes saberes e perspectivas para uma construção mais completa e contextualizada. Nas palavras do participante: *"Eu acho que estratégias para possibilitar a cogestão é criar esses espaços de encontro. Não tem como haver cogestão, na minha opinião, se nós não tivermos espaços de fala. Então, as reuniões de equipe, as reuniões de colegiado, as regionais, o conselho local, os atores desses espaços, os grupos de trabalho que reúnem a gerência em várias áreas técnicas - para mim, acontece nesse momento assim - que nós nos reunimos para pensar juntos (...) Hoje a gerência está mais para dentro. Quando nós falamos de cogestão, é mais entre nós ali da gerência"*.

Apesar do potencial desses espaços coletivos, a efetivação deles para os participantes é frágil. Muitas vezes, esses só ocorrem por iniciativa de diretores e sofrem com a baixa adesão dos(as) profissionais, que resistem a esses espaços, sendo frequentados "sempre pelos(as) mesmos(as)". A participação dos(as) usuários(as) também é considerada muito baixa no cotidiano, concentrando-se em canais de queixa individual (ouvidoria, e-mail) ou em eventos maiores (conselho municipal e conferências). Para os participantes, o comentário do(a) usuário(a) nas redes sociais é supervalorizado e "acaba esvaziando os espaços formais de cogestão e de participação social do cotidiano".

Há uma percepção de descrença e "decepção" generalizada quanto à capacidade de transformação desses espaços coletivos, sendo necessária uma "reconstrução" da confiança, sendo indicada a necessidade de parcerias também com a universidade para esse fim. Como alternativa, sugere-se ainda o uso de espaços informais já existentes, como a "sala de espera", para fomentar o diálogo e a escuta. Nas palavras de um profissional do serviço:

"Para mim, esse é o maior desafio, o quanto nós conseguimos potencializar o que já existe e onde não existe criar e dar visibilidade, força, para os processos coletivos, coletivizar os espaços que nós vivenciamos cada vez mais, nosso próprio processo de trabalho e o local onde nós estamos. Se estou na unidade e de fato estou sofrendo e adoecendo, porque a carga de trabalho está muito, em que medida consigo falar disso? Discutir sobre isso, até possibilitar que outros colegas também falem das dores que eles também estão sentindo, que, às vezes, são as mesmas que vivencio".

Assim, esta classe indica que, embora exista um arcabouço robusto de dispositivos formais para a cogestão, esses dispositivos operam muito abaixo de seu potencial. A baixa adesão de profissionais e usuários(as), fruto de uma cultura de desmobilização e descrença na ação coletiva, torna esses espaços esvaziados. Isso revela um paradoxo: as ferramentas para a democratização da gestão existem, mas a falta de engajamento e a descrença em seu poder de transformação as tornam, na prática, inoperantes.

Classe 4: Gestão dos processos de trabalho: é possível, mas nem sempre (32,5%)

Esta classe, a mais expressiva do *corpus*, explora a autonomia e a capacidade de gestão dos sujeitos em relação aos próprios processos de trabalho. Um fator descrito como determinante para essa autonomia é o "perfil do gestor" imediato: segundo os participantes, um(a) gestor(a) com perfil democrático e participativo potencializa a capacidade de cogestão da equipe, enquanto um(a) gestor(a) autoritário(a) tende a reduzir os(as) trabalhadores(as) a "executores(as) de tarefas". Há um reconhecimento de que, mesmo ao cumprir uma ordem, o(a) trabalhador(a) exerce algum nível de gestão na forma como organiza e executa a tarefa. Contudo, observa-se um dissenso sobre se "nem todo mundo é gestor", com alguns(as) participantes afirmando que essa capacidade não é universalmente distribuída entre os(as) profissionais.

A classe também aponta para diferentes níveis de autonomia percebidos no sistema: para os participantes da gestão, trabalhadores(as) da "ponta" (nos serviços) teriam mais autonomia em seu fazer diário do que os(as) do "nível central" (na gerência), onde a gestão é descrita como mais "verticalizada". Segundo eles, além dessas dinâmicas internas, a gestão do trabalho é constantemente atravessada e dificultada por pressões externas, como "interesses políticos partidários" e exigências jurídicas. Essas demandas externas, muitas vezes com fins eleitoreiros, impõem prioridades não técnicas e "atrapalham nosso processo de trabalho", impedindo que os(as) usuários(as) assumam seus lugares como cogestores(as) de fato.

Desta forma, essa classe indica que a possibilidade de cogestão no trabalho em saúde é um processo contingente e permanentemente em disputa. A autonomia do(a) trabalhador(a) não é um dado, mas uma condição mediada pelo estilo da gestão imediata e cerceada por forças políticas externas que impõem uma lógica não-sanitária ao planejamento e à execução do trabalho. Isso revela uma tensão estrutural entre o potencial democrático da gestão participativa no nível

micropolítico e as imposições verticalizadas e partidárias que operam no nível macropolítico do sistema.

Discussão

Essa pesquisa se propõe a discutir a temática da cogestão em saúde, entendida como uma possibilidade de fomento à solidariedade, ao interesse público e à produção de sujeitos autônomos e protagonistas no processo de promoção à saúde (Brasil, 2009; Campos, 2007; Doricci & Guanaes-Lorenzi, 2021).

Para tanto, é preciso investir na aproximação entre os diversos sujeitos da saúde pública: gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as). Neste ponto, este estudo destaca, por meio da apresentação dos entraves a essa aproximação (classe 1), que essa integração depende, também, do modo como cada uma dessas pessoas se posiciona nessa relação e percebe um ao outro. Dificilmente será possível construir relações democráticas se os(as) usuários(as) são percebidos(as) como “patrões”, se os(as) profissionais da gestão entendem que precisam “usar os neurônios 10 vezes mais”, se trabalhadores(as) dos serviços se colocam como “vulneráveis” na relação com os(as) usuários(as).

Assim, a efetividade da proposta de cogestão requer mudanças nas relações de poder entre usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as), que, por sua vez, necessitam de certos deslocamentos e ressignificação dos lugares e posições de um(a) para com o(a) outro(a), na perspectiva de que cada um destes sujeitos seja tomado como interlocutor válido para a construção de ação comum, mesmo nas suas diferenças (Jesus et al., 2024; Rovere, 1999). Em outras palavras, pressupor que o outro detém um saber válido e relevante no processo de trabalho, é o passo inicial para reconhecer a relevância do outro diante dos desafios do setor da saúde (Rovere, 1999).

Neste contexto, propõe-se relativizar a centralidade do(a) usuário(a), com foco nas relações, de modo que gestores(as), profissionais e usuários(as) sejam considerados(as) igualmente importantes em um processo de corresponsabilização pela produção de saúde. Trata-se de problematizar como tal centralização tem sido entendida e efetivada no cotidiano das práticas em saúde, para que não se reduza esse(a) usuário(a) a mero(a) consumidor(a) de atendimento médico (classe 2), com uma perspectiva mercadológica, na contramão da afirmação de seu lugar de gestor(a) desse sistema público de saúde.

O fortalecimento dos sujeitos objetivado pela cogestão inclui também esses(as) usuários(as), que, uma vez engajados(as) em práticas que dizem respeito ao seu território e à sua vida, “são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (Benevides & Passos, 2005, p. 390). Neste sentido, os autores advogam pelo investimento em formas de interação entre essas pessoas em que se coloquem em análise o “medo de falar”, as “neuroses”, as hierarquias, as diferenças de autonomia, a lógica do privado no público e a “solidão” referidas pelos(as) participantes desta pesquisa.

Nesta direção, os resultados destacam vários dispositivos e arranjos favoráveis à cogestão (classe 3), em conformidade com os espaços coletivos sugeridos pela PNH (Brasil, 2009): colegiados gestores, reuniões de equipe, grupos de trabalho, dentre outros. Esses “espaços de fala” são indicados pelos(as) participantes como favoráveis: à construção de uma agenda de trabalho mais compatível com a necessidade local, à análise e discussão dos processos de trabalho, bem como, ao deslocamento dos(as) trabalhadores(as) do lugar de meros(as) executores(as).

Contudo, parece haver um desvio importante da proposta original apresentada pela PNH em relação à cogestão, na medida em que faltam, nestes espaços profissionais e/ou usuários(as), como destacado pelos(as) participantes: “Quando nós falamos de cogestão, é mais entre nós ali da gerência”. Conforme referido pela PNH (Brasil, 2009), o prefixo “co” do termo cogestão supõe duas inclusões: a adição/participação de gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) nos processos de gestão, e a ampliação do que se entende por gestão e de suas funções, que para além de manter a organização funcionando, tem como tarefas: analisar coletivamente os modos de operar e agir institucional; formular projetos, o que implica abrir-se à disputa desses coletivos com seus diferentes interesses; constituir-se como espaço de criação em um processo de tomada de decisão coletivo; e ser um lugar de ensino-aprendizado; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos (Brasil, 2009).

Sendo assim, a proposta de cogestão convoca o encontro que, por sua vez, engloba tensionamentos, conflitos, luta de forças, interesses políticos partidários diversos e negociações constantes. Assim, faz-se importante trazer para análise a questão referente à participação do(a) usuário(a) feita por meio de redes sociais, de nota emitida por mensagem de SMS e de reclamações na ouvidoria ou na imprensa que, conforme destacado pelos(as) próprios(as) participantes, levam ao esvaziamento daqueles espaços efetivos de encontro entre os diversos sujeitos da saúde pública e/ou àquelas conversas superficiais, por não contemplar os aspectos subjetivos e a comunicação efetiva entre usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as).

Assim, parece constituir-se outro sentido para a participação do(a) usuário(a) restrito(a) a um lugar, aparentemente, focado na denúncia, controle e vigilância dos(as) trabalhadores(as), pouco favorável à criação coletiva e à construção daquele vínculo anunciado no SUS como condição para o

funcionamento dos serviços, no que se refere à responsabilização e continuidade da atenção (Viana et al., 2023). Sobre isto, Rovere (1999) explana que uma rede de cuidado em saúde é composta também, por meio de vínculos. Porém, a vinculação apenas é possível a partir de uma relação de escuta e validação do saber do(a) outro(a) reconhecido(a) como importante no processo de cuidado em saúde.

Em estudo realizado por Gomide et al. (2018) sobre a satisfação dos(as) usuários(as) com serviços de saúde, identificou-se que tal satisfação está diretamente associada ao fato dos(as) usuários(as) se sentirem acolhidos(as) e ouvidos(as). Deste modo, pode-se indagar na presente pesquisa até que ponto os processos de falha de comunicação e a ausência de compartilhamento de situações e decisões entre aquelas pessoas não acabam criando distanciamento do(a) usuário(a) em relação ao serviço, aumentando tensionamentos e fazendo-os recorrer a outros meios para se expressar, como, por exemplo, a mídia, ou atribuindo ao(à) servidor(a) uma nota baixa no aplicativo de avaliação da prefeitura.

Entende-se que a participação dos(as) usuários(as) na construção do SUS transcende as instâncias instituídas, como os Conselhos e Conferências de Saúde, e se presentifica também, nas resistências, nos gritos e nas confusões deflagradas por essas pessoas (Quintanilha et al., 2013). Todavia, há que se atentar se tais movimentos, como, por exemplo, de utilização da imprensa como enunciação das fragilidades do setor saúde, tem se revertido em análise das relações construídas neste sistema, que neste caso marcam a desvinculação dos(as) usuários(as) com os serviços; ou se tem reforçado o distanciamento pela presença da ameaça, devido a pouca abertura à reinvenção das práticas em saúde.

As formas atuais de avaliação dos serviços por SMS, aparentemente, não permitem essa contrapartida. A avaliação virtual acaba por omitir importantes feedbacks que poderiam ser direcionados aos serviços e, da mesma maneira, os(as) usuários(as) permanecem a avaliar sem compreender o fluxo e funcionamento dos serviços, impregnados(as) pelo modelo biomédico e de cliente, tal como em serviços privados. Neste sentido, essa avaliação por nota parece ter efeito contrário em termos de aprimoramento, o que provoca a problematização sobre o que essa nota representa.

Doricci e Guanaes-Lorenzi (2021) afirmam que a cogestão não se dá unicamente pela promoção de reuniões que institucionalizam espaços de diálogo ou pela criação de espaços de denúncia, como se a abertura destes espaços fosse um resultado positivo em si mesmo. Faz-se necessário, para isso, investir na constância da análise dos processos participativos dos diversos sujeitos sociais da saúde.

Dessa forma, afirma-se a necessidade de avançar ainda mais na construção de relações transversalizadas para a consolidação da cogestão. Como referido pelos(as) participantes, esse modo reivindicatório do usuário estar no SUS pode até ser um "sinal positivo" de afirmação da diretriz de participação social, mas faz-se importante transcender a inclusão desses sujeitos pela cobrança e vigilância na direção de um fazer conjunto. Como afirma Campos (2007), a cogestão é um modo de fomentar e exercer a democracia no setor da saúde por meio da inclusão das pessoas nos processos de planejamento, tomada de decisão e execução. O arranjo organizativo de gestão da PNH tem como princípios: a democratização, a descentralização, a construção coletiva (coanálise, codecisão e coavaliação) e a transversalização e a capilarização de todo o processo (Mori & Oliveira, 2009). Neste exercício, busca-se a validação do saber do(a) outro(a) como possibilidade de articulação das idiosincrasias inerentes ao trabalho humanizado (Campos, 2007).

Contrário a isso, o que se apresenta nos dados dessa pesquisa, é uma cadeia de relações verticalizadas, característica daquela racionalidade gerencial hegemônica, a qual supõe que o poder deve estar nas mãos de um desses sujeitos sociais da saúde e não ser compartilhado com todos. Ora o(a) usuário(a) comparece ao topo das relações intimidando profissionais e gestores(as); ora esse papel é exercido por um(a) profissional em relação ao(à) outro(a), de modo que um(a) trabalhador(a) de nível técnico não se sente autorizado(a) a falar com outro(a) colega; ora depende do(a) diretor(a) do serviço a iniciativa de fazer valer os espaços de cogestão.

Neste ponto, Doricci e Guanaes-Lorenzi (2021) destacam um paradoxo da cogestão em seu objetivo quando se depende do(a) gestor(a) para sua efetivação; certamente, o apoio da gestão é importante, principalmente considerando que ela também faz parte desta proposta de trabalho. Contudo, depender na prática do consentimento daqueles hierarquicamente superiores se apresenta como um limite ao fomento do protagonismo, autonomia e relações democráticas almejadas pela cogestão.

Dessa forma, é importante discutir a necessidade de construção de uma cultura de participação, inclusive entre os(as) trabalhadores(as), que, de acordo com os resultados, apresentam certa resistência em compor aqueles espaços nomeados como de cogestão. Isso indica um descrédito nos espaços de participação, o qual está atrelado ao contexto social brasileiro, permeado pela concentração de renda, por uma visão paternalista do Estado, pelo predomínio de uma concepção individualista, pela crise de representatividade e pelo pouco investimento em educação (Ventura et al., 2017). Destacam-se também os currículos acadêmicos insuficientes no que se refere a uma formação dos(as) trabalhadores(as) voltada aos pressupostos da cogestão.

Assim, fazem sentido as propostas apresentadas pelos(as) participantes de investir em troca de informação e de aproveitar os espaços já existentes nos serviços, como as "salas de espera", para a escuta dos(as) usuários(as), convocando também a Universidade à reconstrução dos espaços coletivos. Trata-se de um movimento que tem potencialidade de proporcionar a democratização das informações, a formação em serviço, o conhecimento dos direitos, a recusa à subjugação com o desmonte da lógica privatista e hierárquica da relação social.

Importa afirmar a gestão não como "um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialista" (Brasil, 2009, p. 23), mas como um exercício de todos(as): gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as). A partir desse reconhecimento de todos(as) envolvidos(as) como gestores(as) em saúde e do investimento na regularidade de encontro entre estes(as), acredita-se ser possível a construção de outro modo de perceber cada um(a): entrar em contato com a "zona de conforto" dos(as) profissionais como possibilidade de retrato de um sofrimento; ou com o movimento intimidatório do(a) usuário(a) como a única forma visualizada por ele(a) de conseguir ser ouvido(a), atendido(a) e alcançar certa efetividade de um cuidado; ou, ainda, com a necessidade de reconhecimento, também, dos(as) profissionais da gestão pelo trabalho que executam.

Acredita-se que neste movimento seja possível, ainda, constituir um espaço de confiança em que as pessoas sintam-se à vontade para falar da insatisfação de não ter sua gestão respeitada, compartilhar as "dores que (...) estão sentindo", assim como, trabalhar as informações em saúde em um nível para além da transmissão de instrução sobre o funcionamento do SUS, mas principalmente na direção de desconstrução do modelo biomédico que está em nós, o qual se relaciona também à demanda dos(as) usuários(as) centralizada em atendimento médico.

Considerações finais

A discussão a respeito da cogestão no âmbito do SUS surge da necessidade de superar as relações verticalizadas de poder, a fragmentação do processo de trabalho em saúde, e a concepção de saúde vinculada unicamente à doença. Tais questões, associadas ao modelo gerencial hegemônico, têm se apresentado como obstáculos à garantia de uma saúde integral e da responsabilização do cuidado por gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as).

Nesta pesquisa, foi possível constatar que os(as) profissionais dos serviços e da gerência entendem a cogestão como um modo de conduzir o trabalho que possibilita a troca de saberes, experiências, bem como o compartilhamento das angústias inerentes ao cotidiano. Neste sentido, defende-se a existência de espaços de discussão para que a cogestão possa se estabelecer de fato no SUS, e evidenciam-se os desafios decorrentes da ausência desses espaços: sobrecarga, sofrimento, cansaço e alienação do trabalho.

Contudo, ao mesmo tempo em que os(as) participantes defendem a cogestão, apresentam discursos impregnados pela lógica do modelo gerencial hegemônico, quando, por exemplo, explicitam as hierarquias presentes na relação entre usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as), em um campo no qual se estabelecem valorações que distinguem quem é considerado melhor, pior, mais ou menos valorizado(a). Apresentam ainda o "medo de falar" com os(as) usuários(as), as "neuroses", as diferenças de autonomia entre serviço e gerência, a presença da lógica do setor privado no setor público e a "solidão" sentida, que em nada contribuem para a integração almejada pela cogestão. Tem-se, assim, constituído um obstáculo à construção daquelas relações transversalizadas requeridas pela cogestão, em que todos(as) são tomados(as) como interlocutores(as) válidos(as).

Há que se destacar, ainda, que, nesta realidade, se estruturam organizações que não favorecem a efetivação da cogestão, como, por exemplo, um sistema de avaliação dos serviços por aplicativo/SMS, no qual o(a) usuário(a) atribui uma nota de 0 a 10 à atenção recebida no serviço, exercendo função de intermediação da relação entre os(as) profissionais e usuários(as). Perdem-se, com isso, os espaços efetivos de trocas de entendimentos e práticas indispensáveis à construção do SUS com seus princípios e diretrizes.

Dessa forma, advoga-se neste estudo pelo investimento na regularidade de encontro entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) na direção da construção de outro modo de ver uns(umas) aos(às) outros(as) e se posicionarem nesta relação, reconhecendo todos esses sujeitos como gestores(as) em saúde. Há que se investir nestes espaços de encontro, principalmente nos dias atuais, em que os espaços coletivos deliberativos têm sido alvo de ataques cada vez mais frequentes.

A despeito das contribuições deste estudo para a compreensão da gestão compartilhada, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, o recorte geográfico, restrito a um único município do Sudeste brasileiro, limita a generalização dos achados para outros contextos nacionais com diferentes modelos de organização da rede de saúde. Além disso, embora a cogestão envolva a tríade gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as), este estudo centrou-se exclusivamente na perspectiva dos profissionais dos serviços e da gestão, o que deixa lacunas quanto à percepção dos(as) usuários(as) sobre essas relações de poder no cotidiano. Assim, sugere-se, como complemento a este estudo, apreender as concepções dos(as) usuários(as) nestas relações para a consolidação da cogestão em saúde.

Por fim, em relação às limitações, considera-se que o uso de grupos focais pode ter sido influenciado pelo viés de deseabilidade social, especialmente ao abordar temas como hierarquia e entaves relacionais, o que pode ter atenuado críticas mais severas às dinâmicas locais.

Referências

- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS*. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Campos, G. W. de S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de Coletivos* (3a ed.). Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2337-2344. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>
- Doricci, G. C. & Guanaes-Lorenzi, C. (2021). Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(8), 2949-2959. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>
- Doricci, G. C., & Guanaes-Lorenzi, C.. (2020). Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. *Saúde Em Debate*, 44(127), 1053-1065. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012708>
- Gomide, M. F. S., Pinto, I. C., Bulgarelli, A. F., Santos, A. L. P. dos, & Serrano Gallardo, M. del P. (2018). A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 387-398. Epub 21 de setembro de 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.06>
- Iglesias, A., Andreatta, P. P., & Dru, N. C. (2021). Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. *Espaço Para a Saúde*, 22. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e755>
- Jesus, G. A. de, Araújo, V., Almeida, L. C. de, & Barbeiro, R. M. (2024). Política Nacional de Humanização em Disputa: uma análise crítica das contradições da saúde no capitalismo. *Serviço Social Em Debate*, 7(1). <https://doi.org/10.36704/ssd.v7i1.7492>
- Lima, D. F. de, & Sampaio, A. A. (2023). Grupos focais como ferramenta de pesquisa qualitativa na fisioterapia: implicações e expectativas. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 11(27), 361-374.
- Minayo, M. C. de S. (2006). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (9ª ed revista e aprimorada). Hucitec.
- Mori, M. E., & Oliveira, O. V. M. de. (2009). Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Suppl. 1), 627-640. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>
- Quintanilha, B. C., Sodr e, F., & Dalbello-Araujo, M. (2013). Movimentos de resist ncia no Sistema  nico de Sa de (SUS): a participa o rizom tica. *Interface - Comunica o, Sa de, Educa o*, 17(46), 561-573. Epub September 10, 2013. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000018>
- Rovere, M. (1999). *Redes en Salud: Um nuevo paradigma para El abordaje de las organizaciones e la comunidad*. Rosario: Ed. Secretar a de Salud P blica/AMR, Instituto Lazarte.
- Santos Filho, S. B., Barros, M. E. B. de, & Gomes, R. da S. (2009). A Pol tica Nacional de Humaniza o como pol tica que se faz no processo de trabalho em sa de. *Interface - Comunica o, Sa de, Educa o*, 13(Supl. 1), 603-613. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>
- Sousa, C., & Fernandes, V. C. (2020). Aspectos hist ricos da sa de p blica no Brasil: revis o integrativa da literatura. *JMPHC Journal of Management & Primary Health Care*, ISSN 2179-6750, 12, 1-17. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.579>
- Ventura, C. A. A., Miwa, M. J., Serapioni, M., & Jorge, M. S. (2017). Cultura participativa: um processo de constru o de cidadania no Brasil. *Interface - Comunica o, Sa de, Educa o*, 21(63), 907-920. Epub June 22, 2. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0941>
- Viana, F. D. C., Figueiredo, M. C. de O., Diniz, J. A., Barbosa, G. dos S., & Ramos, F. S. (2023). V nculo e comunica o no processo de trabalho de profissionais de sa de na Aten o Prim ria   Sa de: Uma revis o integrativa. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ci ncias - RIEC*, 6(2), 248-262. <https://doi.org/10.1000/riec.v6i2.324>

Contribui es:

- Alexandra Iglesias: conceitua o, curadoria de dados, an lise de dados, aquisi o de financiamento, investiga o, metodologia, administra o do projeto, recursos (disponibiliza o de ferramentas), supervis o, valida o (Valida o de dados), visualiza o (Design da apresenta o dos dados), Reda o do manuscrito original, Reda o - revis o e edi o.
- Nadilu Cardoso Drumond: an lise de dados, investiga o, metodologia, Reda o do manuscrito original, Reda o - revis o e edi o.
- Luciana Bicalho Reis: an lise de dados, investiga o, metodologia, Reda o - revis o e edi o.
- Camila Marchiori Pereira: an lise de dados, Reda o - revis o e edi o.
- Meyrielle Belotti: an lise de dados, investiga o, metodologia, supervis o, Reda o - revis o e edi o.

Financiamento e agradecimentos:

Edital Fapes/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA, nº 03/2018 – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS).

Disponibilização de dados:

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Conflitos de interesse:

As autoras declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização e na comunicação dessa pesquisa.

Recebido: 26 de agosto de 2025

Revisado: 21 de janeiro de 2026

Aceito: 26 de janeiro de 2026

Publicado: 29 de abril de 2024