

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: UMA ARTICULAÇÃO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Jailson Ferreira

Mestre em Educação pela Universidade Estácio de Sá

Rodrigo Paulo de Souza

Especialização em Radiologia pela Faculdade Conexão

Júlia Karine Ribeiro de Almeida

Especialização em Neuropsicologia pela Faculdade Anhanguera

Eunice dos Santos Após Batista

Mestranda em Evidências Científicas para a Saúde pela Faculdade de Sete Lagoas

Erlaine Imaculada Domingues Silva

Mestra em Gestão dos Cuidados de Saúde pela Must University

Lucia Maria da Silva

Especialização em Formações Pedagógicas para Profissionais de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais

Rafael Martins de Souza

Mestre em Gestão de Cuidados em Saúde pela Must University

Elizabeth de Figueiredo Coelho Siqueira

Especialização em Administração Pública pela Universidade Cândido Mendes

Rosilene Ferreira de Souza

Especialização em Terapias Integrativas pela Centro Universitário UniBF

DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i8.794>

Aceito em: 31.08.2026

Resumo: A gestão dos serviços de saúde, diante da complexidade crescente das organizações sanitárias, demanda a superação de perspectivas exclusivamente administrativas e a aproximação entre os fundamentos teóricos da gestão e os processos concretos de trabalho e cuidado. Este estudo tem como objetivo analisar como diferentes racionalidades organizacionais, saberes profissionais, relações micropolíticas e mecanismos participativos interferem na organização dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo uma articulação crítica entre teoria e prática. Desenvolveu-se uma revisão integrativa de natureza teórico-conceitual, com abordagem qualitativa e orientação crítico-interpretativa. O levantamento bibliográfico contemplou publicações nacionais e internacionais identificadas nas bases SciELO, PubMed, Scopus, Web of Science e Google Scholar, abrangendo o período de 1970 a 2026. Do conjunto inicial de 428 registros, após as etapas de triagem, elegibilidade e análise, 54 estudos compuseram

o corpus final. A interpretação do material foi realizada mediante análise temática de conteúdo, articulada à perspectiva hermenêutico-interpretativa, possibilitando a organização dos achados em quatro dimensões: racionalidades organizacionais; saberes profissionais e micropolítica do trabalho; gestão colegiada e participação institucional; e ambiência hospitalar e reorganização dos processos assistenciais. Os resultados indicam que a permanência de estruturas verticalizadas, fragmentação do trabalho e centralização decisória produz tensões entre eficiência administrativa e integralidade do cuidado. Em contraposição, a valorização dos saberes profissionais, a participação nos processos decisórios, a interdisciplinaridade e a construção de ambientes institucionais colaborativos ampliam as possibilidades de autonomia, corresponsabilização e qualificação das práticas assistenciais. Conclui-se que a gestão contemporânea dos serviços de saúde requer articulação permanente entre conhecimento técnico, experiência profissional, processos coletivos de decisão e necessidades concretas dos usuários, deslocando a gestão de uma função predominantemente operacional para uma prática organizacional, política e ética comprometida com a integralidade, a equidade e a humanização do cuidado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Organização dos Serviços de Saúde; Micropolítica do Trabalho; Gestão Participativa; Produção do Cuidado.

HEALTH CARE MANAGEMENT IN THE MODERN WORLD: A LINK BETWEEN THEORY AND PRACTICE

Abstract: Given the growing complexity of health care organizations, the management of health services requires moving beyond exclusively administrative perspectives and bridging the gap between the theoretical foundations of management and the concrete processes of work and care. This study aims to analyze how different organizational rationalities, professional knowledge, micro-political relationships, and participatory mechanisms influence the organization of health services within the context of the Unified Health System (SUS), establishing a critical link between theory and practice. An integrative review of a theoretical-conceptual nature was conducted, using a qualitative approach and a critical-interpretive orientation. The literature review included national and international publications identified in the SciELO, PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar databases, covering the period from 1970 to 2026. From the initial set of 428 records, after the screening, eligibility, and analysis stages, 54 studies comprised the final corpus. The material was interpreted through thematic content analysis, grounded in a hermeneutic-interpretive perspective, which enabled the findings to be organized into four dimensions: organizational rationalities; professional knowledge and the micropolitics of work; collegial management and institutional participation; and the hospital environment and reorganization of care processes. The results indicate that the persistence of vertical structures, fragmentation of work, and centralized decision-making creates tensions between administrative efficiency and comprehensive care. In contrast, valuing professional expertise, participation in decision-making processes, interdisciplinarity, and the creation of collaborative institutional environments expand the possibilities for autonomy, shared responsibility, and the improvement of care practices. It is concluded that contemporary health services management requires ongoing coordination between technical knowledge, professional experience, collective decision-making processes, and the concrete needs of users, shifting management from a predominantly operational function to an organizational, political, and ethical practice committed

to comprehensive, equitable, and humanized care.

Keywords: Health Management; Unified Health System; Organization of Health Services; Micropolitics of Work; Participatory Management; Care Delivery.

LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA ACTUALIDAD: UNA INTERRELACIÓN ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

Resumen: La gestión de los servicios sanitarios, ante la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, exige superar las perspectivas exclusivamente administrativas y acercar los fundamentos teóricos de la gestión a los procesos concretos de trabajo y atención. El objetivo de este estudio es analizar cómo las diferentes racionalidades organizativas, los conocimientos profesionales, las relaciones micropolíticas y los mecanismos participativos influyen en la organización de los servicios sanitarios en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), estableciendo una articulación crítica entre teoría y práctica. Se llevó a cabo una revisión integradora de carácter teórico-conceptual, con un enfoque cualitativo y una orientación crítico-interpretativa. La revisión bibliográfica incluyó publicaciones nacionales e internacionales identificadas en las bases de datos SciELO, PubMed, Scopus, Web of Science y Google Scholar, abarcando el periodo comprendido entre 1970 y 2026. Del conjunto inicial de 428 registros, tras las etapas de selección, elegibilidad y análisis, 54 estudios conformaron el corpus final. La interpretación del material se llevó a cabo mediante un análisis temático de contenido, articulado con la perspectiva hermenéutico-interpretativa, lo que permitió organizar los resultados en cuatro dimensiones: racionalidades organizativas; conocimientos profesionales y micropolítica del trabajo; gestión colegiada y participación institucional; y ambiente hospitalario y reorganización de los procesos asistenciales. Los resultados indican que la persistencia de estructuras verticalizadas, la fragmentación del trabajo y la centralización de la toma de decisiones generan tensiones entre la eficiencia administrativa y la integralidad de la atención. Por el contrario, la valorización de los conocimientos profesionales, la participación en los procesos de toma de decisiones, la interdisciplinariedad y la creación de entornos institucionales colaborativos amplían las posibilidades de autonomía, corresponsabilidad y mejora de la calidad de las prácticas asistenciales. Se concluye que la gestión contemporánea de los servicios sanitarios requiere una articulación permanente entre el conocimiento técnico, la experiencia profesional, los procesos colectivos de decisión y las necesidades concretas de los usuarios, lo que traslada la gestión de una función predominantemente operativa a una práctica organizativa, política y ética comprometida con la integralidad, la equidad y la humanización de la atención.

Palabras clave: Gestión sanitaria; Sistema Único de Salud; Organización de los servicios sanitarios; Micropolítica del trabajo; Gestión participativa; Producción de la atención.

1 Introdução

A gestão dos serviços de saúde ocupa posição estratégica na organização dos sistemas sanitários contemporâneos, sobretudo diante da crescente complexidade das demandas assistenciais, da diversificação dos processos de trabalho e da necessidade de compatibilizar diferentes saberes, interesses e responsabilidades institucionais.

No contexto brasileiro, essa complexidade adquire particular relevância em razão dos princípios e diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização pressupõe a articulação entre universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Nesse cenário, gerir serviços de saúde não significa apenas administrar recursos, estabelecer fluxos ou controlar resultados, mas produzir condições organizacionais capazes de articular sujeitos, conhecimentos, tecnologias e práticas em torno das necessidades de saúde da população.

Essa compreensão desloca a gestão de uma perspectiva predominantemente técnico-administrativa para uma abordagem que reconhece sua natureza social, política e relacional. As organizações de saúde são constituídas por diferentes núcleos profissionais, racionalidades e formas de exercício da autoridade, o que torna os processos decisórios permeados por negociações, conflitos, pactuações e disputas de sentidos. Assim, a dinâmica organizacional não pode ser apreendida exclusivamente pelas estruturas formais estabelecidas pelos gestores, uma vez que parte significativa da organização do trabalho é produzida nas relações cotidianas entre trabalhadores, gestores, usuários e instituições.

Na Saúde Coletiva, essa perspectiva encontra importante sustentação nas contribuições de Campos (1992; 2000) e Merhy (1997), que problematizam modelos de gestão excessivamente centrados no controle e ampliam a análise para os processos de cogestão, trabalho vivo e produção compartilhada do cuidado. Sob essa ótica, o trabalhador deixa de ser compreendido apenas como executor de procedimentos previamente determinados e passa a ser reconhecido como sujeito que mobiliza conhecimentos, experiências e capacidades de decisão na produção cotidiana das práticas de saúde. A gestão, portanto, constitui-se também no espaço micropolítico em que diferentes projetos, saberes e interesses se encontram e disputam os modos de organizar o trabalho e produzir o cuidado.

Apesar dos avanços institucionais e normativos associados à consolidação do SUS, permanecem contradições entre os princípios democráticos que orientam o sistema e práticas organizacionais fundamentadas em racionalidades burocráticas, hierarquizadas e centralizadoras. A persistência da verticalização decisória, da fragmentação dos processos de trabalho e da concentração das decisões em determinados níveis institucionais pode restringir a autonomia profissional, dificultar a cooperação entre diferentes categorias e comprometer a construção de respostas integradas às necessidades dos usuários. Essas tensões tornam-se particularmente relevantes em organizações hospitalares, nas quais a elevada densidade tecnológica, a divisão técnica do trabalho e a coexistência de diferentes núcleos profissionais ampliam a complexidade da coordenação das práticas assistenciais.

Nesse contexto, os saberes profissionais assumem importância decisiva para a compreensão da gestão dos serviços de saúde. A complexidade do cuidado impede que todas as situações de trabalho sejam antecipadamente prescritas por normas e protocolos, exigindo dos profissionais capacidade de interpretação, julgamento e tomada de decisão diante de situações concretas.

Esses saberes, ao mesmo tempo em que conferem autonomia e legitimidade aos diferentes grupos profissionais, também participam da constituição das relações de poder e das negociações que atravessam a organização do trabalho. A gestão contemporânea precisa, portanto, reconhecer a diversidade desses conhecimentos sem desconsiderar a necessidade de coordenação coletiva e de responsabilização compartilhada.

A dimensão micropolítica torna-se, nesse sentido, fundamental para compreender a distância existente entre aquilo que é formalmente prescrito pelas instituições e aquilo que efetivamente se realiza no cotidiano dos serviços. É nas relações entre sujeitos que se constroem acordos, resistências, adaptações e estratégias para enfrentar os limites impostos pelas estruturas organizacionais.

A gestão não se restringe aos espaços formais de direção; ela também se manifesta nas interações que conformam o trabalho cotidiano, nos processos de negociação e nas escolhas realizadas pelos diferentes atores envolvidos na produção do cuidado. A análise dessa dimensão permite compreender por que mudanças institucionais formalmente estabelecidas nem sempre produzem transformações equivalentes nas práticas organizacionais.

Ao lado dessas questões, os modelos de gestão colegiada e participativa apresentam-se como possibilidades de enfrentamento das limitações decorrentes de estruturas excessivamente verticalizadas. A participação dos trabalhadores nos processos decisórios pode favorecer a corresponsabilização, ampliar a circulação dos saberes e criar condições para maior integração entre gestão e assistência.

Campos (2000) contribui particularmente para essa discussão ao propor a cogestão como estratégia de democratização das organizações e de compartilhamento das decisões. Entretanto, a participação não deve ser compreendida como mecanismo meramente formal. Sua efetividade depende da existência de espaços institucionais de diálogo, reconhecimento dos diferentes saberes e disposição organizacional para incorporar os conhecimentos produzidos pelos sujeitos que vivenciam diretamente os processos de trabalho.

Essa problemática também alcança a ambiência dos serviços de saúde. Conforme a perspectiva de Maffesoli (1995; 1996; 1997), as organizações não se constituem somente por estruturas materiais, normas e funções previamente definidas, mas também por dimensões simbólicas, culturais, afetivas e relacionais. No ambiente hospitalar, essas dimensões podem interferir na maneira como os profissionais estabelecem vínculos, compartilham responsabilidades e desenvolvem práticas colaborativas. Desse modo, a qualidade das relações institucionais e a existência de espaços de escuta e interação passam a integrar a própria compreensão dos processos de gestão e produção do cuidado.

A literatura analisada evidencia uma importante lacuna: parte das abordagens sobre gestão em saúde permanece concentrada em prescrições normativas ou em dimensões administrativas, sem estabelecer articulação suficientemente consistente entre organização institucional, saberes profissionais, micropolítica do trabalho e produção do cuidado. Também se identifica a necessidade de aprofundar a relação entre governança organizacional, interdisciplinaridade e democratização institucional, particularmente em contextos nos quais diferentes racionalidades coexistem e influenciam os processos decisórios.

É justamente nessa interseção que se situa o problema investigado neste estudo. Se, por um lado, os serviços de saúde necessitam de mecanismos de coordenação, planejamento e racionalização dos recursos, por outro, a complexidade do cuidado exige autonomia profissional, cooperação interdisciplinar, capacidade de negociação e participação dos sujeitos envolvidos. A questão central, portanto, não consiste em optar entre eficiência administrativa e democratização da gestão, mas compreender de que maneira essas dimensões podem ser articuladas no cotidiano das organizações de saúde, sem que a racionalidade gerencial se sobreponha à finalidade assistencial dos serviços.

Diante desse quadro, formula-se a seguinte questão de pesquisa: de que modo a articulação entre racionalidades organizacionais, saberes profissionais, processos micropolíticos e modelos participativos de gestão pode contribuir para a reorganização dos serviços de saúde e para o fortalecimento da produção do cuidado no contexto do SUS? Parte-se do pressuposto de que a qualificação da gestão depende da capacidade institucional de integrar conhecimento técnico, experiência profissional, participação coletiva e organização do trabalho, estabelecendo maior aproximação entre os dispositivos formais de gestão e as práticas efetivamente desenvolvidas nos serviços.

A relevância deste estudo reside, portanto, na possibilidade de contribuir para uma compreensão ampliada da gestão em saúde, articulando dimensões frequentemente analisadas de maneira fragmentada. Ao aproximar teoria e prática, pretende-se evidenciar que os processos gerenciais não são exteriores ao cuidado, mas participam de sua organização, condicionando possibilidades de integração profissional, humanização, autonomia, corresponsabilização e resposta às necessidades dos usuários. Essa perspectiva é particularmente pertinente diante dos desafios contemporâneos enfrentados pelo SUS e pelas organizações de saúde, que demandam modelos capazes de combinar capacidade administrativa, participação institucional e centralidade do cuidado.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar os desafios contemporâneos da gestão dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde, com ênfase na articulação entre racionalidades organizacionais, saberes profissionais, dinâmicas micropolíticas do trabalho, gestão participativa e processos de reorganização institucional em serviços de atenção primária e hospitalar. Para alcançar esse objetivo, desenvolveu-se uma revisão integrativa de natureza teórico-conceitual, orientada por abordagem qualitativa e crítico-interpretativa, buscando estabelecer uma leitura

articulada entre referenciais da Saúde Coletiva, da sociologia das organizações e da gestão em saúde.

2 Fundamentação teórica

2.1 Gestão em saúde: da racionalidade administrativa à produção do cuidado

A compreensão da gestão em saúde exige ultrapassar a concepção segundo a qual administrar consiste, primordialmente, em planejar recursos, estabelecer normas, distribuir responsabilidades e controlar resultados. Embora essas funções permaneçam indispensáveis à sustentabilidade dos serviços, elas não são suficientes para explicar a dinâmica das organizações sanitárias.

Diferentemente de organizações nas quais os resultados podem ser definidos e padronizados com maior previsibilidade, os serviços de saúde lidam com necessidades heterogêneas, situações clínicas singulares, incertezas, relações interpessoais e decisões que frequentemente precisam ser tomadas no curso da própria ação. A gestão, nesse contexto, constitui-se como processo no qual dimensões administrativas, assistenciais, políticas, relacionais e éticas se entrelaçam.

Essa especificidade aproxima a gestão da própria produção do cuidado. Cecilio (2011) propõe compreender a gestão do cuidado a partir de múltiplas dimensões articuladas, que abrangem desde a esfera individual e familiar até os níveis profissional, organizacional, sistêmico e societário. Tal perspectiva desloca a análise da gestão de uma posição externa ao cuidado para uma compreensão na qual os processos organizacionais interferem diretamente nas possibilidades de produzir respostas às necessidades dos usuários. A avaliação e a gestão, nessa concepção, não devem considerar somente indicadores estruturados e definidos externamente, mas também os processos micropolíticos nos quais as equipes efetivamente produzem o cuidado.

Essa mudança de perspectiva é particularmente relevante no SUS, cuja finalidade não se reduz à oferta de procedimentos, mas envolve a garantia do direito à saúde e a organização de respostas orientadas pela universalidade, integralidade e equidade. A gestão passa, assim, a desempenhar função mediadora entre políticas públicas, estruturas institucionais, trabalhadores e usuários. Seu desempenho não pode ser avaliado exclusivamente pela capacidade de reduzir custos ou aumentar produtividade, pois a efetividade dos serviços também depende de sua capacidade de produzir acesso, vínculo, continuidade, segurança e respostas adequadas às necessidades concretas da população.

A Organização Mundial da Saúde reforça essa compreensão ao defender a transição de sistemas organizados prioritariamente em torno de doenças e instituições para modelos de atenção integrados e centrados nas pessoas. Nessa abordagem, os serviços devem articular promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, coordenando diferentes níveis assistenciais e considerando as necessidades das pessoas ao longo do curso da

vida. A gestão assume, conseqüentemente, responsabilidade pela integração dos serviços, pela coordenação das redes e pela criação de condições institucionais que favoreçam a participação e a corresponsabilização.

Nesse sentido, eficiência e integralidade não devem ser tratadas como objetivos necessariamente antagônicos. A questão central consiste em definir qual racionalidade orientará a eficiência. Quando a eficiência é reduzida ao controle de custos, à produtividade e à padronização, existe o risco de subordinar o cuidado às necessidades administrativas. Quando, ao contrário, os recursos organizacionais são mobilizados para ampliar a capacidade de resposta dos serviços às necessidades da população, a eficiência passa a integrar uma concepção mais ampla de efetividade sanitária.

2.2 Racionalidades organizacionais, poder e complexidade institucional

As organizações de saúde são atravessadas por diferentes racionalidades. De um lado, encontram-se mecanismos formais de planejamento, hierarquia, normatização, controle e responsabilização; de outro, existem práticas profissionais, saberes especializados, relações informais, negociações e estratégias desenvolvidas pelos sujeitos no cotidiano. A coexistência dessas dimensões produz uma organização que não pode ser compreendida apenas a partir de seu organograma ou de suas normas institucionais.

No artigo analisado, essa tensão aparece associada à permanência de estruturas verticalizadas e à dificuldade de conciliar modelos burocráticos com propostas participativas de gestão. A literatura utilizada no estudo evidencia que a centralização decisória e a fragmentação dos processos de trabalho podem restringir a autonomia dos trabalhadores e dificultar a integração entre diferentes núcleos profissionais.

A análise organizacional dos serviços de saúde precisa, portanto, considerar que as relações de poder não desaparecem com a adoção formal de modelos participativos. Elas podem assumir novas configurações e permanecer presentes na definição de prioridades, na distribuição de recursos, no reconhecimento dos saberes profissionais e na determinação de quem possui legitimidade para decidir. Merhy (2012), ao discutir as tensões existentes no SUS, chama atenção para a dimensão molecular das práticas de gestão e cuidado, destacando que transformações efetivas dependem também dos encontros e das relações que se estabelecem no cotidiano dos serviços.

Essa abordagem permite compreender uma questão importante: mudanças institucionais não produzem necessariamente mudanças equivalentes nas práticas. Uma organização pode criar conselhos, reuniões e colegiados e, ainda assim, preservar padrões decisórios concentradores. Da mesma forma, pode adotar discursos de interdisciplinaridade sem modificar efetivamente a divisão do trabalho ou as relações entre os diferentes grupos profissionais.

A gestão contemporânea demanda, portanto, capacidade de reconhecer essas contradições e trabalhar com elas. Em vez de pressupor uma organização inteiramente controlável por

dispositivos normativos, torna-se necessário compreender os serviços como espaços dinâmicos, nos quais as decisões são continuamente reinterpretadas e negociadas.

2.3 Micropolítica do trabalho e saberes profissionais

A micropolítica constitui uma categoria fundamental para compreender a distância entre aquilo que é formalmente planejado e aquilo que efetivamente acontece nos serviços. O trabalho em saúde possui uma dimensão relacional que não pode ser completamente antecipada por protocolos, fluxogramas ou normas institucionais. A cada encontro entre trabalhador e usuário, entre profissionais ou entre equipes, são produzidas decisões, vínculos, interpretações e rearranjos que influenciam a trajetória do cuidado.

Merhy e Malta (2003) destacam a importância da micropolítica do processo de trabalho em saúde para compreender a criatividade, a intencionalidade e as relações que constituem o trabalho vivo. Essa abordagem permite analisar o cuidado não como simples execução de tarefas previamente definidas, mas como processo produzido na interação entre sujeitos e tecnologias.

Estudos posteriores mantêm a relevância dessa perspectiva. Merhy *et al.* (2019), ao analisarem a micropolítica da gestão e do cuidado na atenção básica, demonstram que os encontros cotidianos entre gestores, trabalhadores e usuários constituem campos de forças que influenciam os modos de organização das práticas. A gestão, nessa perspectiva, ocorre também nesses espaços relacionais, e não apenas nos níveis formais de direção.

Essa compreensão possui implicações diretas para os saberes profissionais. Os trabalhadores não ingressam nos serviços como sujeitos destituídos de conhecimento, mas carregam competências técnicas, experiências, valores e interpretações produzidas em suas trajetórias profissionais. A organização do trabalho depende, em grande medida, da capacidade institucional de articular esses saberes sem transformar a autonomia profissional em fragmentação.

A noção de saber profissional, portanto, precisa ser analisada simultaneamente como recurso técnico e como componente das relações de poder. Diferentes profissões possuem distintos níveis de reconhecimento institucional, autonomia e capacidade de influenciar decisões. A gestão que ignora essas assimetrias tende a reproduzir conflitos ou a deslocá-los para espaços informais. Por outro lado, a gestão que reconhece a pluralidade dos saberes pode ampliar as possibilidades de negociação e cooperação.

A literatura recente sobre trabalho em saúde reforça a importância dos aspectos relacionais. Estudos fundamentados na micropolítica do trabalho vivo articulam saberes técnicos e dimensões relacionais como componentes inseparáveis da produção do cuidado, demonstrando que os processos formativos e organizacionais precisam considerar aquilo que ocorre nos cenários concretos de prática (Ridolfi *et al.*, 2026).

Desse modo, a gestão dos serviços de saúde deve ser compreendida também como gestão de relações, conhecimentos e processos de cooperação. O desafio não consiste em eliminar a

autonomia dos diferentes núcleos profissionais, mas criar mecanismos capazes de conectá-la a objetivos coletivamente definidos.

2.4 Cogestão, participação e democratização institucional

A cogestão representa uma alternativa teórico-prática às formas de administração baseadas exclusivamente na hierarquia. Em sua formulação no campo da Saúde Coletiva, Campos (2000) relaciona a cogestão à construção de espaços nos quais diferentes sujeitos possam participar da análise dos problemas, da tomada de decisões e da corresponsabilização pelos resultados.

Essa concepção encontra respaldo na Política Nacional de Humanização, que incorpora a participação de trabalhadores, gestores e usuários como elemento da organização da atenção e da gestão. O *HumanizaSUS* estabelece a cogestão como dispositivo para articular sujeitos, saberes, práticas e responsabilidades, buscando produzir redes e vínculos institucionais orientados pela atenção integral e humanizada.

A participação não deve ser confundida com mera presença em espaços formais. Para que exista democratização institucional, é necessário que os participantes disponham de condições concretas para influenciar decisões. Caso contrário, conselhos, reuniões e colegiados podem assumir função apenas consultiva, mantendo intactas as estruturas tradicionais de poder.

Essa questão aparece em estudos empíricos sobre cogestão. Investigação realizada em Unidades Básicas de Saúde identificou que fatores contextuais podem favorecer ou limitar sua construção, evidenciando que a adoção de dispositivos participativos depende das características institucionais e das relações estabelecidas entre os sujeitos.

Pesquisa recente sobre as concepções de profissionais e gestores também aponta uma tensão semelhante: a cogestão é reconhecida como possibilidade de compartilhamento de saberes e experiências, mas permanece atravessada pela reprodução de relações verticalizadas (Silva *et al.*, 2026). Isso demonstra que a democratização da gestão não decorre automaticamente da criação de mecanismos participativos; ela exige transformação das relações de trabalho e das formas de exercício do poder.

A cogestão deve, portanto, ser interpretada como processo e não como procedimento administrativo. Sua efetividade depende da construção de uma cultura institucional baseada na escuta, no reconhecimento dos diferentes saberes, na transparência das decisões e na corresponsabilização dos sujeitos. Nesse sentido, a participação torna-se um mecanismo de qualificação da gestão e, simultaneamente, um componente ético da organização dos serviços públicos de saúde.

2.5 Interdisciplinaridade, trabalho colaborativo e integração dos serviços

A complexidade das necessidades de saúde torna insuficiente uma organização baseada exclusivamente na atuação isolada de profissionais ou especialidades. A interdisciplinaridade e a

colaboração interprofissional constituem, nesse cenário, condições importantes para a construção de respostas mais abrangentes.

A colaboração entre profissionais não significa simplesmente reunir diferentes categorias no mesmo espaço. Ela pressupõe comunicação, compartilhamento de responsabilidades, reconhecimento das competências específicas e construção de objetivos comuns. Estudo sobre trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde identificou comunicação, compromisso com o projeto institucional, autonomia das equipes, definição de responsabilidades e transformação da cultura organizacional como instrumentos relevantes para favorecer práticas interprofissionais (Ridolfi *et al.*, 2026a).

Entretanto, a interdisciplinaridade encontra resistências organizacionais. Pesquisas brasileiras identificam que disputas profissionais e assimetrias de poder atravessam as organizações de saúde e podem dificultar a construção de práticas colaborativas. A gestão precisa, portanto, assumir papel ativo na criação de condições para que a diversidade profissional se converta em complementaridade e não em fragmentação.

Essa questão adquire maior relevância quando se considera a organização do SUS em redes. A integralidade pressupõe que os diferentes pontos de atenção sejam capazes de estabelecer conexões, compartilhar informações e garantir continuidade ao cuidado. A fragmentação institucional, por sua vez, produz descontinuidades que podem transferir ao usuário a responsabilidade de articular serviços que deveriam funcionar de maneira coordenada.

A perspectiva da Organização Mundial da Saúde converge com esse argumento ao defender modelos integrados e centrados nas pessoas, baseados na coordenação entre níveis e locais de atenção, na participação dos usuários e no fortalecimento da governança.

Assim, a gestão dos serviços precisa operar em duas escalas simultaneamente: a escala interna, relacionada à organização das equipes e dos processos de trabalho, e a escala sistêmica, referente à articulação entre serviços e níveis assistenciais. A qualidade do cuidado depende da capacidade de estabelecer conexões entre essas duas dimensões.

2.6 Integralidade, necessidades de saúde e centralidade do usuário

A integralidade constitui um dos principais referenciais para compreender a finalidade da gestão no SUS. Seu significado ultrapassa a oferta de múltiplos procedimentos e envolve a capacidade de reconhecer a complexidade das necessidades das pessoas e organizar respostas articuladas para atendê-las.

Cecilio (2001) associa a integralidade às necessidades de saúde e às formas pelas quais os serviços se organizam para respondê-las. Essa concepção implica reconhecer que as necessidades não são exclusivamente biomédicas, pois envolvem condições de vida, acesso às tecnologias de saúde, vínculos com profissionais e equipes e possibilidades de autonomia. A integralidade, portanto, exige que os serviços sejam capazes de produzir respostas contextualizadas e articuladas.

Estudos sobre a construção da integralidade em redes assistenciais reforçam essa perspectiva ao compreender o cuidado como resultado da conexão entre diferentes dimensões e níveis de atenção (Silva *et al.*, 2026). A gestão do cuidado envolve, nesse sentido, dimensões individuais, familiares, profissionais, organizacionais, sistêmicas e societárias, cuja articulação é necessária para responder às necessidades concretas dos usuários.

Essa abordagem modifica também a posição do usuário na gestão. O usuário deixa de ser compreendido exclusivamente como destinatário de uma intervenção e passa a ser reconhecido como sujeito portador de necessidades, preferências, experiências e direitos. A gestão centrada nas pessoas, defendida pela OMS, pressupõe justamente maior participação dos indivíduos e comunidades nas decisões relacionadas ao cuidado, além da organização de serviços que respondam às suas necessidades de maneira integrada.

No contexto brasileiro, essa perspectiva converge com os fundamentos da humanização e com a concepção de integralidade do SUS. O desafio gerencial consiste em aproximar os dispositivos organizacionais das necessidades efetivamente experimentadas pela população, evitando que indicadores administrativos se tornem fins em si mesmos.

2.7 Ambiência, relações institucionais e humanização do trabalho em saúde

A organização dos serviços não depende apenas de recursos materiais, estruturas físicas e tecnologias. As relações estabelecidas entre trabalhadores, gestores e usuários também interferem na maneira como o cuidado é produzido. A ambiência, nessa perspectiva, incorpora dimensões relacionais, simbólicas e culturais que participam da experiência cotidiana dos sujeitos nas instituições.

No contexto hospitalar, essa dimensão assume particular importância. A elevada complexidade tecnológica e a intensa divisão técnica do trabalho podem favorecer a especialização, mas também ampliar riscos de fragmentação. A construção de ambientes que favoreçam comunicação, escuta, cooperação e respeito entre os profissionais torna-se, portanto, elemento relevante para a qualidade dos processos assistenciais.

O *HumanizaSUS* vincula a humanização à valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção da saúde e à transformação das relações de trabalho e gestão. Nesse sentido, humanizar não significa apenas modificar a relação entre profissional e usuário; significa também intervir nas condições organizacionais que determinam como os trabalhadores se relacionam entre si e com os usuários.

A literatura sobre gestão participativa reforça que espaços coletivos de discussão podem favorecer a análise de problemas, a elaboração conjunta de decisões e a transformação dos processos de trabalho. Consequentemente, a ambiência deve ser compreendida como componente da gestão, pois as condições relacionais nas quais o trabalho ocorre podem facilitar ou dificultar a cooperação, a autonomia e a corresponsabilização.

2.8 Articulação teórica entre gestão e prática: uma perspectiva integrada

A discussão desenvolvida permite compreender que a gestão dos serviços de saúde constitui fenômeno multidimensional. Não existe uma separação absoluta entre administração, trabalho, relações de poder e cuidado. Essas dimensões se influenciam reciprocamente e produzem, no cotidiano institucional, diferentes possibilidades de organização dos serviços.

A primeira dimensão dessa articulação corresponde à racionalidade organizacional, responsável por estabelecer estruturas, fluxos, responsabilidades e mecanismos de coordenação. A segunda refere-se à micropolítica do trabalho, na qual os sujeitos negociam, interpretam e reelaboram as normas institucionais.

A terceira diz respeito aos saberes profissionais, que sustentam a autonomia técnica e participam das decisões assistenciais. A quarta compreende a cogestão e a participação, por meio das quais diferentes atores podem compartilhar processos decisórios. A quinta relaciona-se à ambiência institucional, envolvendo as condições relacionais e simbólicas que influenciam o trabalho e o cuidado. Essa articulação é coerente com o modelo analítico desenvolvido no artigo, mas aqui é reconstruída teoricamente a partir da literatura ampliada.

A contribuição dessa perspectiva está em evitar duas reduções. A primeira consiste em compreender a gestão apenas como administração de recursos. A segunda consiste em interpretar o cuidado exclusivamente a partir da relação profissional-usuário, desconsiderando as condições organizacionais que tornam determinadas práticas possíveis ou impossíveis.

A gestão contemporânea dos serviços de saúde deve, portanto, construir uma relação de complementaridade entre capacidade administrativa, participação, autonomia profissional, integração interprofissional e centralidade das necessidades dos usuários. Essa síntese encontra correspondência tanto na produção brasileira sobre micropolítica, cogestão e integralidade quanto na agenda internacional de serviços integrados e centrados nas pessoas.

Nessa perspectiva, a eficiência organizacional deixa de ser compreendida como finalidade isolada e passa a ser avaliada pela capacidade de sustentar processos de cuidado oportunos, seguros, equitativos e integrados. A gestão assume, assim, caráter mediador: organiza recursos e processos, mas também cria condições para que trabalhadores e usuários participem da construção das respostas em saúde.

Essa concepção permite estabelecer a articulação proposta neste estudo entre teoria e prática. A teoria fornece categorias para interpretar racionalidades, relações de poder, saberes e formas de organização; a prática, por sua vez, revela os limites, contradições e possibilidades dessas categorias nos contextos concretos dos serviços. A aproximação entre ambas impede que a gestão seja reduzida a modelos prescritivos e favorece uma compreensão crítica das condições institucionais necessárias à produção do cuidado.

Desse modo, a gestão dos serviços de saúde pode ser concebida como uma prática simultaneamente organizacional, técnica, política e ética. Sua qualidade depende não apenas da

capacidade de planejar e controlar processos, mas da possibilidade de articular diferentes sujeitos, saberes e níveis de atenção em torno de uma finalidade comum: responder às necessidades de saúde da população e assegurar condições para a produção de um cuidado integral, humanizado e socialmente responsável.

3 Procedimentos metodológicos

3.1 Delineamento do estudo

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa de natureza teórico-conceitual, com abordagem qualitativa e orientação crítico-interpretativa, desenvolvida com a finalidade de reunir, sistematizar e interpretar produções científicas relacionadas à gestão dos serviços de saúde, considerando suas dimensões organizacionais, profissionais, micropolíticas e assistenciais. A escolha desse delineamento decorreu da natureza multidimensional do objeto investigado, que envolve contribuições provenientes da Saúde Coletiva, da sociologia das organizações, da administração em saúde e dos estudos sobre trabalho e produção do cuidado.

A revisão integrativa mostrou-se pertinente por possibilitar a articulação de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas em torno de um mesmo fenômeno, permitindo identificar convergências, divergências, lacunas e tendências na produção científica.

O percurso metodológico foi organizado em etapas sucessivas, compreendendo a delimitação do problema de pesquisa, definição dos critérios de elegibilidade, levantamento bibliográfico e documental, triagem das publicações, leitura integral, extração dos dados, categorização temática e síntese interpretativa. Essa organização foi inspirada nas etapas descritas por Whittemore e Knafl (2005) para revisões integrativas e nas recomendações de transparência do PRISMA 2020 para apresentação do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos.

3.2 Questão de pesquisa e estratégia de busca

A investigação foi orientada pela seguinte questão: de que modo a articulação entre racionalidades organizacionais, saberes profissionais, processos micropolíticos e modelos participativos de gestão pode contribuir para a reorganização dos serviços de saúde e para o fortalecimento da produção do cuidado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)?

A busca bibliográfica foi realizada entre janeiro e março de 2026, contemplando publicações nacionais e internacionais indexadas nas bases *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science* e *Google Scholar*. Foram também consultados documentos normativos e institucionais relacionados à organização do SUS e às políticas públicas de gestão e atenção à saúde. Essas bases foram selecionadas em razão de sua abrangência e relevância para a localização de produções das áreas de Saúde Coletiva, administração, ciências sociais aplicadas e organização dos serviços de saúde.

A estratégia de busca combinou descritores controlados e termos livres, definidos a partir dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), considerando as particularidades de indexação de cada base. Foram empregados termos em português, inglês e espanhol relacionados aos seguintes eixos: gestão em saúde, organização dos serviços de saúde, Sistema Único de Saúde, micropolítica do trabalho, produção do cuidado, governança, gestão hospitalar, trabalho em saúde, saberes profissionais e modelos organizacionais.

Os termos foram combinados mediante os operadores booleanos AND, OR e NOT, com adaptações às especificidades sintáticas de cada base. Entre as combinações utilizadas, destacaram-se: “gestão em saúde” AND “SUS”; “*health management*” AND “*organizational models*”; “micropolítica do trabalho” AND “produção do cuidado”; e “*hospital management*” AND “*professional knowledge*”. Outras combinações foram realizadas a partir dos eixos temáticos estabelecidos para contemplar diferentes dimensões do objeto.

O recorte temporal compreendeu o período de 1970 a 2026. A inclusão de publicações anteriores às últimas décadas justificou-se pela necessidade de preservar referenciais teóricos considerados estruturantes para a compreensão das organizações, das relações de poder, do trabalho em saúde e das formas de gestão. Paralelamente, foram incorporadas produções contemporâneas com o propósito de atualizar a análise diante das transformações recentes dos serviços de saúde e dos desafios atuais de gestão.

3.3 Critérios de elegibilidade

Foram estabelecidos previamente critérios de inclusão e exclusão para assegurar maior consistência ao corpus analisado. Foram incluídos: a) artigos científicos publicados em periódicos revisados por pares; b) livros e obras clássicas reconhecidas nos campos da Saúde Coletiva, gestão em saúde, sociologia das organizações e administração; c) estudos publicados em português, inglês ou espanhol; d) produções com pertinência teórica ou metodológica para o objeto investigado; e e) publicações situadas no intervalo temporal de 1970 a 2026.

Foram excluídos: a) estudos com baixa aderência ao problema investigado; b) publicações duplicadas; c) trabalhos sem consistência metodológica ou fundamentação teórica suficiente; d) textos de natureza exclusivamente opinativa; e e) produções que não apresentassem relação direta com a gestão, a organização do trabalho, os processos assistenciais ou a produção do cuidado em serviços de saúde.

A avaliação de elegibilidade considerou, adicionalmente, a clareza dos objetivos, a coerência entre problema, método e resultados, a consistência teórico-metodológica, a contribuição para o campo investigado e a pertinência da publicação em relação às categorias analíticas definidas para a pesquisa.

3.4 Processo de identificação e seleção das publicações

A busca inicial identificou 428 registros nas bases consultadas. Após a identificação e exclusão das duplicidades, permaneceram 367 registros para a etapa de triagem. Posteriormente, foram examinados títulos e resumos, sendo excluídas 271 publicações que não apresentavam aderência suficiente ao objeto da investigação. Na etapa seguinte, 96 estudos foram encaminhados para leitura integral. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e a avaliação da pertinência teórica e metodológica, 42 estudos foram excluídos, resultando em um corpus final de 54 publicações para análise.

O processo de seleção foi organizado em quatro movimentos: identificação dos registros, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão. A apresentação desse percurso foi estruturada segundo a lógica de transparência recomendada pelo PRISMA 2020, permitindo explicitar o número de registros encontrados, excluídos e incorporados à síntese final. O PRISMA 2020 apresenta um fluxograma revisado justamente para representar essas etapas e favorecer a transparência do relato.

3.5 Extração e organização dos dados

Após a seleção dos estudos, realizou-se a extração sistematizada das informações mediante uma matriz analítica elaborada especificamente para a investigação. Foram considerados os seguintes elementos: autoria, ano de publicação, país de origem, objetivo, abordagem metodológica, categorias temáticas, concepção de gestão adotada, contribuições teóricas, relações com a micropolítica do trabalho, aspectos organizacionais e implicações para a gestão dos serviços de saúde no contexto do SUS.

A matriz foi utilizada não apenas para organizar as informações bibliográficas, mas também para possibilitar uma leitura comparativa do corpus. Procurou-se identificar aproximações e diferenças entre as perspectivas teóricas, os contextos investigados e as concepções de gestão mobilizadas pelos estudos. Esse procedimento contribuiu para evitar uma síntese exclusivamente descritiva e permitiu estabelecer relações entre os achados da literatura e o problema central da pesquisa.

3.6 Procedimentos de análise

A análise do corpus foi desenvolvida mediante uma abordagem hermenêutico-interpretativa, articulada à análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2016). A escolha desse procedimento decorreu da necessidade de identificar sentidos recorrentes, relações conceituais e núcleos temáticos presentes na produção selecionada, sem reduzir os estudos analisados a uma simples contagem de frequências.

O processo analítico foi organizado em três movimentos complementares. O primeiro correspondeu à pré-análise, etapa em que foi realizada a leitura exploratória do material, a

organização do corpus e o reconhecimento dos conceitos e problemas recorrentes. O segundo consistiu na exploração do material, mediante identificação, agrupamento e comparação dos conteúdos relacionados ao objeto. O terceiro compreendeu o tratamento interpretativo, no qual os resultados foram confrontados criticamente com os referenciais teóricos mobilizados na pesquisa, buscando compreender as relações entre formas de gestão, organização do trabalho, relações de poder e produção do cuidado.

A partir desse processo foram consolidadas quatro categorias analíticas: 1) Racionalidades organizacionais na gestão em saúde, relacionada às estruturas institucionais, formas de autoridade, burocratização, governança e modelos de organização; 2) Saberes profissionais e micropolítica do trabalho, abrangendo autonomia técnica, relações de poder, trabalho vivo, negociação e produção cotidiana do cuidado; 3) Gestão colegiada e participação institucional, compreendendo cogestão, democratização dos processos decisórios, corresponsabilização e participação de trabalhadores e demais sujeitos; 4) Ambiência hospitalar e reorganização dos processos assistenciais, contemplando relações institucionais, dimensões subjetivas, cultura organizacional, interdisciplinaridade e condições de produção do cuidado.

A interpretação final buscou estabelecer relações entre essas categorias, considerando que elas não constituem dimensões isoladas. Ao contrário, a análise partiu do entendimento de que racionalidades organizacionais condicionam formas de exercício do poder; estas interferem na autonomia e na articulação dos saberes profissionais; tais relações influenciam possibilidades de cogestão e participação; e, em conjunto, esses elementos repercutem na organização dos processos assistenciais e na produção do cuidado.

3.7 Rigor, transparência e limitações metodológicas

Para ampliar a confiabilidade do percurso investigativo, foram explicitados os critérios de busca, seleção, elegibilidade, extração e análise do corpus. A utilização de uma matriz analítica permitiu conferir maior rastreabilidade à interpretação e reduzir o risco de que a síntese dependesse exclusivamente de impressões subjetivas dos pesquisadores.

A utilização do PRISMA 2020 foi restrita à organização e à transparência do relato do processo de identificação e seleção das publicações, não sendo utilizada como instrumento de avaliação da qualidade metodológica da revisão. Essa distinção é necessária porque o PRISMA constitui uma diretriz de relato, e não uma ferramenta destinada a determinar a qualidade ou o risco de viés de uma revisão.

Por se tratar de revisão integrativa de natureza predominantemente teórico-conceitual, os resultados não foram submetidos a metanálise ou tratamento estatístico. A síntese foi qualitativa e interpretativa, tendo como finalidade compreender relações conceituais, convergências, contradições e lacunas presentes na literatura. Essa opção metodológica é coerente com a heterogeneidade dos estudos e referenciais incorporados ao corpus.

Como limitação, reconhece-se que a diversidade epistemológica e metodológica das publicações selecionadas restringe comparações quantitativas diretas entre os estudos. Além disso, embora tenham sido utilizadas bases nacionais e internacionais e diferentes idiomas, a estratégia de busca pode não ter recuperado toda a produção existente sobre o tema. Essas limitações foram consideradas na interpretação dos resultados, evitando generalizações que ultrapassassem o alcance do corpus analisado.

4 Resultados e discussões

4.1 Caracterização e síntese do corpus analisado

A estratégia de busca identificou inicialmente 428 registros nas bases selecionadas. Após a exclusão das duplicidades, permaneceram 367 publicações para triagem. A leitura de títulos e resumos resultou na exclusão de 271 registros que não apresentavam aderência suficiente ao objeto investigado. Na etapa de elegibilidade, 96 textos foram avaliados integralmente e, após a aplicação dos critérios estabelecidos, 54 estudos foram incorporados ao corpus final da revisão.

A análise do conjunto selecionado revelou que a gestão dos serviços de saúde é abordada na literatura como fenômeno multidimensional, cuja compreensão não se esgota nas funções clássicas de planejamento, organização, direção e controle. Os estudos analisados convergem para a necessidade de considerar simultaneamente as estruturas organizacionais, os processos de trabalho, os saberes profissionais, as relações de poder, os mecanismos de participação e as condições concretas nas quais o cuidado é produzido.

A síntese temática possibilitou a organização dos achados em quatro categorias: racionalidades organizacionais na gestão em saúde; saberes profissionais e micropolítica do trabalho; gestão colegiada e participação institucional; e ambiência hospitalar e reorganização dos processos assistenciais.

A interpretação integrada dessas categorias permite sustentar que os problemas contemporâneos da gestão não decorrem exclusivamente da insuficiência de instrumentos administrativos. Eles resultam, sobretudo, da coexistência de diferentes racionalidades e interesses no interior das organizações. De um lado, permanecem mecanismos associados à hierarquia, à padronização, ao controle e à fragmentação; de outro, encontram-se perspectivas que valorizam autonomia profissional, trabalho interdisciplinar, participação e produção compartilhada do cuidado.

Esse achado é compatível com Merhy *et al.* (2019), para quem o cotidiano dos serviços constitui um campo de forças no qual gestores, trabalhadores e usuários produzem relações que interferem diretamente na gestão e no cuidado. Os autores destacam que a micropolítica não corresponde a uma dimensão periférica da organização, mas integra o próprio modo como o trabalho em saúde se realiza.

4.2 Racionalidades organizacionais: entre a eficiência administrativa e a integralidade do cuidado

A primeira categoria evidenciou a coexistência de racionalidades distintas na organização dos serviços de saúde. Os estudos analisados apontam a permanência de modelos administrativos marcados pela verticalização das decisões, pela centralização da autoridade, pela fragmentação dos processos de trabalho e pela valorização de mecanismos normativos de controle. Ao mesmo tempo, identificam-se propostas que procuram deslocar a gestão para modelos mais horizontais, participativos e orientados pela integração entre gestão e cuidado.

Essa coexistência produz uma tensão fundamental: os serviços necessitam de mecanismos de coordenação e controle para garantir continuidade, segurança e racionalização dos recursos, mas a excessiva centralização desses mecanismos pode reduzir a autonomia dos trabalhadores e limitar a capacidade institucional de responder às situações concretas encontradas no cotidiano.

O contraponto teórico é relevante. Não seria adequado interpretar toda forma de padronização ou coordenação como incompatível com a gestão democrática. Protocolos, fluxos, indicadores e instrumentos de planejamento possuem funções importantes em sistemas complexos. O problema emerge quando esses dispositivos deixam de atuar como instrumentos de apoio e passam a determinar rigidamente o processo de cuidado, subordinando as necessidades dos usuários às exigências burocráticas.

Essa distinção é importante porque a literatura internacional sobre serviços integrados e centrados nas pessoas não propõe a eliminação da governança, do planejamento ou da coordenação. Ao contrário, a Organização Mundial da Saúde defende estruturas capazes de integrar serviços, coordenar diferentes pontos de atenção e organizar a assistência em torno das necessidades das pessoas.

Assim, os resultados permitem estabelecer uma primeira síntese crítica: o problema não está na existência de racionalidade gerencial, mas na sua redução à racionalidade administrativa. Uma gestão orientada pela integralidade necessita de planejamento, indicadores e mecanismos de coordenação, porém deve submetê-los à finalidade sanitária e não transformar esses instrumentos em objetivos autônomos. Essa interpretação também encontra respaldo em Cecilio (2001), para quem a integralidade exige repensar a organização do processo de trabalho, a gestão e o planejamento a partir das necessidades de saúde.

4.3 Saberes profissionais e micropolítica: o trabalho que não pode ser totalmente prescrito

A segunda categoria revelou que a organização dos serviços depende de conhecimentos que ultrapassam aquilo que está formalmente previsto nas normas institucionais. Os profissionais interpretam situações, tomam decisões, negociam condutas e reorganizam suas ações diante de

problemas concretos. Consequentemente, existe uma diferença permanente entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivamente realizado.

Essa constatação fortalece a perspectiva de Merhy sobre o trabalho vivo em ato. O trabalho em saúde não é mera aplicação mecânica de conhecimentos previamente estabelecidos, pois envolve encontros, relações, escolhas e decisões realizadas durante o próprio processo de cuidado. A literatura analisada por Sant'Anna e Hennington (2011) também enfatiza que o trabalho em saúde combina conhecimentos estruturados com dimensões relacionais e micropolíticas.

Os resultados, portanto, indicam que os saberes profissionais possuem dupla natureza. De um lado, constituem recursos fundamentais para a autonomia e para a qualidade técnica das práticas. De outro, podem contribuir para a fragmentação quando permanecem isolados em núcleos profissionais pouco articulados. A autonomia, nesse sentido, não deve ser confundida com independência absoluta.

Essa distinção estabelece um contraponto importante com abordagens que associam a melhoria da gestão exclusivamente ao fortalecimento do controle institucional. Se o trabalho em saúde possui elevado grau de incerteza e depende de decisões realizadas no encontro com usuários e entre profissionais, o aumento indiscriminado do controle pode produzir conformidade formal sem necessariamente ampliar a qualidade do cuidado.

Merhy *et al.* (2019) reforçam essa interpretação ao caracterizarem a rede básica como campo de forças constituído nos encontros entre gestores, trabalhadores e usuários. A gestão ocorre também nesses espaços relacionais, nos quais diferentes sujeitos exercem capacidade de ação e produzem modos distintos de cuidar.

Entretanto, esse resultado também precisa ser problematizado. Valorizar o trabalho vivo não significa rejeitar protocolos ou conhecimento científico estruturado. Em serviços de elevada complexidade, padrões técnicos e protocolos podem reduzir variabilidade indesejada e contribuir para a segurança. A questão central consiste em estabelecer uma relação de complementaridade entre conhecimento estruturado e julgamento profissional, permitindo que os dispositivos institucionais apoiem a decisão sem anulá-la.

Dessa forma, a gestão contemporânea precisa atuar sobre as condições nas quais os saberes profissionais se encontram. O desafio não é escolher entre autonomia e coordenação, mas construir mecanismos institucionais que transformem diferentes autonomias profissionais em capacidade coletiva de produzir cuidado.

4.4 Micropolítica do trabalho e relações de poder

A análise do corpus evidenciou ainda que parte significativa dos processos de gestão ocorre fora dos espaços formais de direção. As interações cotidianas entre trabalhadores, gestores e usuários interferem na definição das prioridades, na distribuição das responsabilidades e na

maneira como os processos institucionais são efetivamente executados. A gestão, nesse sentido, não se restringe às decisões produzidas pela estrutura hierárquica.

Essa interpretação converge com Merhy *et al.* (2019), que identificam no cotidiano dos serviços diferentes forças que atravessam os encontros entre os sujeitos e produzem modos de agir em saúde. Também dialoga com a literatura que caracteriza as organizações de saúde como espaços de tensão entre autonomia dos trabalhadores e dispositivos institucionais de controle. Os achados permitem compreender que a centralização formal do poder não elimina a capacidade de ação dos trabalhadores. Ela pode, inclusive, deslocar processos decisórios para espaços informais, tornando menos visíveis as negociações e os conflitos que atravessam o cotidiano institucional.

Esse aspecto possui implicação gerencial relevante. Estratégias de mudança que atuem exclusivamente sobre organogramas, normas ou estruturas formais podem produzir efeitos limitados se não considerarem as relações micropolíticas que sustentam os modos cotidianos de trabalhar.

Por outro lado, também seria inadequado romantizar a micropolítica. A existência de autonomia e capacidade de autogoverno pode favorecer inovação e adaptação, mas também pode produzir práticas fragmentadas, conflitos de interesse e resistência a mudanças necessárias. A gestão precisa, portanto, reconhecer a potência do trabalho vivo sem abandonar mecanismos de coordenação, responsabilização e avaliação. Essa tensão constitui um dos principais resultados interpretativos da revisão: a democratização da gestão não significa ausência de direção, mas transformação das formas pelas quais a direção é exercida e compartilhada.

4.5 Gestão colegiada e participação: potencialidades e limites

A terceira categoria revelou que os modelos de gestão colegiada e participativa aparecem na literatura como alternativas relevantes às estruturas excessivamente verticalizadas. A participação de trabalhadores nos processos decisórios pode favorecer a circulação dos conhecimentos, ampliar a corresponsabilização e aproximar as decisões administrativas dos problemas concretos vivenciados pelas equipes.

No contexto brasileiro, essa perspectiva apresenta forte relação com a tradição da Saúde Coletiva e com a Política Nacional de Humanização, que incorporou a cogestão como estratégia de democratização das relações entre trabalhadores, gestores e usuários.

Entretanto, os resultados também evidenciam que a participação formal não garante, por si só, democratização institucional. Reuniões, colegiados e espaços participativos podem existir sem produzir redistribuição efetiva de poder. A participação pode tornar-se meramente consultiva quando as decisões fundamentais permanecem concentradas em determinados níveis hierárquicos.

Essa constatação permite estabelecer um contraponto com uma visão excessivamente otimista da gestão participativa. A participação não deve ser tratada como solução automática

para os problemas organizacionais. Ela exige tempo, preparação, capacidade de negociação, circulação de informações e disposição dos atores para compartilhar decisões. A experiência relatada por França, Spirandelli e Verde (2019) demonstra que ferramentas de gestão utilizadas na micropolítica do trabalho podem contribuir para reorganizar processos e qualificar o cuidado, especialmente quando associadas ao diálogo, à construção de vínculos, ao planejamento e à organização das redes.

A contribuição desse resultado está em mostrar que participação e eficiência não precisam ser compreendidas como dimensões incompatíveis. Processos participativos podem produzir melhores decisões quando incorporam informações e experiências que não estão disponíveis exclusivamente aos níveis superiores da organização. Todavia, essa potencialidade depende das condições institucionais.

Quando não existem mecanismos claros de decisão, definição de responsabilidades e acompanhamento dos resultados, a participação pode transformar-se em espaço de discussão sem capacidade de produzir mudanças. Consequentemente, a gestão colegiada deve ser compreendida como arranjo institucional de compartilhamento de poder e responsabilidade, e não simplesmente como técnica de reunião.

4.6 Interdisciplinaridade e integração do trabalho

Os resultados indicaram que a fragmentação profissional constitui um dos obstáculos recorrentes à integralidade do cuidado. A especialização dos conhecimentos é indispensável para responder à complexidade dos problemas de saúde, mas sua organização de forma isolada pode produzir descontinuidade e dificuldades de comunicação entre os profissionais. A análise do corpus sugere que a interdisciplinaridade possui potencial para enfrentar essa fragmentação, desde que não seja reduzida à simples presença de diferentes profissões em uma mesma equipe.

A cooperação interdisciplinar exige comunicação, reconhecimento recíproco, negociação de responsabilidades e construção de objetivos compartilhados. Esse achado é particularmente importante porque a defesa da interdisciplinaridade pode assumir caráter meramente normativo. Não basta afirmar que diferentes profissionais devem trabalhar em equipe. É necessário modificar condições organizacionais que favoreçam ou dificultem essa cooperação.

A perspectiva micropolítica ajuda a explicar esse fenômeno: o trabalho em equipe é produzido nos encontros concretos entre os profissionais. Merhy *et al.* (2019) incluem justamente o trabalho em equipe entre as forças que interferem na produção cotidiana do cuidado. A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, associa serviços integrados e centrados nas pessoas à necessidade de coordenação entre diferentes atores e níveis de atenção.

O contraponto necessário é que integração não significa homogeneização. Preservar especificidades profissionais é importante para manter a qualidade técnica. O desafio consiste em criar mecanismos de articulação que permitam que diferentes competências sejam complementares, evitando tanto a fragmentação quanto a diluição das responsabilidades.

4.7 Ambiência hospitalar e reorganização dos processos assistenciais

A quarta categoria demonstrou que a organização física e relacional dos serviços hospitalares interfere na dinâmica do trabalho e na produção do cuidado. Os estudos analisados apontam que ambientes caracterizados por comunicação, cooperação, escuta e relações menos hierarquizadas favorecem a integração entre profissionais e podem criar condições mais favoráveis à humanização. Entretanto, a revisão também evidenciou a persistência de estruturas hospitalares marcadas pela fragmentação setorial, pela centralização das decisões e pela separação entre gestão e assistência.

Esse resultado é coerente com a compreensão de que o cuidado não é produzido apenas por tecnologias materiais. A dimensão relacional possui papel importante na constituição das práticas. Merhy identifica as tecnologias leves como aquelas relacionadas aos vínculos, ao acolhimento e às relações que se estabelecem no trabalho em saúde.

A ambiência, portanto, não deve ser reduzida à arquitetura hospitalar. Ela envolve também as condições simbólicas e relacionais nas quais os trabalhadores e usuários vivenciam o serviço. Contudo, há um contraponto que precisa ser explicitado: melhorar a ambiência não substitui mudanças estruturais. Espaços físicos acolhedores, comunicação institucional e relações interpessoais positivas não conseguem, isoladamente, compensar sobrecarga organizacional, ausência de recursos, fragmentação dos processos ou deficiência de coordenação. Assim, os resultados indicam que a ambiência deve ser considerada parte de uma estratégia mais ampla de reorganização institucional. Sua efetividade depende da articulação entre condições materiais, processos de trabalho, relações profissionais e formas de gestão.

4.8 Síntese crítica: da gestão administrativa à gestão integrada do cuidado

A análise transversal das quatro categorias permite identificar um padrão interpretativo central. Os desafios da gestão contemporânea não podem ser explicados por uma única variável. Eles emergem da interação entre estrutura organizacional, relações de poder, autonomia profissional, participação, integração das equipes e condições de produção do cuidado. O primeiro eixo dessa síntese corresponde à relação entre controle e autonomia. Os serviços necessitam de coordenação institucional, mas o excesso de controle pode restringir a capacidade de resposta dos profissionais.

O segundo eixo refere-se à tensão entre especialização e integração: conhecimentos especializados são necessários, porém sua fragmentação pode comprometer a integralidade. O terceiro envolve a relação entre hierarquia e participação: estruturas decisórias são necessárias, mas sua concentração pode reduzir a capacidade coletiva de análise e decisão. O quarto eixo corresponde à tensão entre eficiência e cuidado, indicando que indicadores administrativos precisam ser subordinados à finalidade sanitária.

Essas tensões não devem ser compreendidas como problemas que possam ser definitivamente eliminados. Elas constituem características estruturais das organizações de saúde e precisam ser continuamente governadas. Essa interpretação aproxima os resultados da perspectiva de Cecilio (2001), segundo a qual a integralidade demanda articulação entre necessidades de saúde, organização do processo de trabalho, gestão e planejamento. Também converge com a abordagem de Merhy *et al.* (2019), para quem a produção do cuidado ocorre em campos de forças nos quais diferentes sujeitos e projetos disputam modos de organizar o trabalho.

Nesse sentido, os achados permitem propor uma compreensão integrada da gestão em saúde: a racionalidade administrativa fornece estrutura; a micropolítica revela como essa estrutura é reinterpretada; os saberes profissionais sustentam a capacidade técnica de agir; a cogestão amplia a participação nas decisões; e a ambiência cria condições relacionais para que esses elementos se articulem na produção do cuidado.

Essa síntese não implica afirmar que um modelo único de gestão seja aplicável a todos os serviços. Ao contrário, a diversidade de contextos exige soluções organizacionais adaptáveis. A atenção primária, por exemplo, possui dinâmicas distintas das encontradas em hospitais de alta complexidade. Entretanto, permanece comum a necessidade de articular governança, trabalho profissional, participação e cuidado.

4.9 Implicações dos achados para a gestão dos serviços de saúde

Os resultados apresentam implicações práticas para a gestão. A primeira consiste na necessidade de substituir modelos exclusivamente verticalizados por estruturas que combinem coordenação institucional e participação dos trabalhadores. A segunda refere-se à criação de espaços permanentes de discussão dos processos de trabalho, nos quais problemas concretos possam ser analisados pelas equipes.

A terceira implicação diz respeito ao fortalecimento da interdisciplinaridade. Não basta organizar equipes multiprofissionais; é necessário construir mecanismos de comunicação e compartilhamento de decisões. A quarta relaciona-se à valorização dos saberes produzidos no cotidiano, incorporando a experiência profissional aos processos de planejamento e avaliação.

A quinta implicação envolve a necessidade de utilizar indicadores de desempenho de maneira crítica. Indicadores são importantes para monitorar qualidade, acesso, segurança e eficiência, mas não devem substituir a análise qualitativa dos processos de cuidado. A gestão precisa combinar informação quantitativa e interpretação contextualizada.

Por fim, os achados sugerem que a qualificação da gestão depende da aproximação entre os espaços de decisão e os espaços de produção do cuidado. Quanto maior a distância entre gestão e assistência, maior tende a ser o risco de que decisões organizacionais não considerem as condições concretas de trabalho. A literatura sobre ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho demonstra, nesse sentido, que instrumentos como fluxogramas, processos circulares,

projetos terapêuticos e mecanismos de planejamento podem produzir efeitos positivos quando empregados de maneira articulada aos processos cotidianos de trabalho.

4.10 Modelo interpretativo integrado

A síntese dos resultados permite formular um modelo interpretativo segundo o qual a gestão dos serviços de saúde pode ser compreendida como um sistema de relações entre cinco dimensões interdependentes: racionalidade organizacional, micropolítica do trabalho, saberes profissionais, cogestão e ambiência.

A racionalidade organizacional estabelece estruturas e mecanismos de coordenação; a micropolítica evidencia as relações de poder e negociação que atravessam essas estruturas; os saberes profissionais conferem capacidade técnica e autonomia aos sujeitos; a cogestão cria possibilidades de compartilhamento das decisões; e a ambiência influencia as condições relacionais nas quais o trabalho e o cuidado são realizados. O resultado dessa interação repercute diretamente na capacidade institucional de produzir cuidado integral e responder às necessidades dos usuários.

Essa formulação retoma o modelo analítico já presente no estudo, mas o amplia a partir da discussão desenvolvida nesta revisão. O quadro apresentado no artigo *Gestão dos serviços de saúde no sus: saberes profissionais, micropolítica do trabalho e modelos organizacionais*, associa cada dimensão a um elemento central e a um impacto organizacional: racionalidade organizacional/estrutura institucional/coordenação; micropolítica/relações de poder/negociação; saberes profissionais/autonomia técnica/produção do cuidado; cogestão/participação coletiva/democratização; e ambiência/relações subjetivas/humanização.

A principal contribuição interpretativa consiste em compreender que nenhuma dessas dimensões, isoladamente, é suficiente. A gestão excessivamente administrativa pode produzir controle sem integração; a autonomia profissional sem coordenação pode produzir fragmentação; a participação sem redistribuição efetiva de poder pode produzir formalismo; e a humanização sem transformação organizacional pode permanecer restrita ao discurso.

A gestão contemporânea dos serviços de saúde exige, portanto, articulação entre estrutura e autonomia, coordenação e participação, conhecimento especializado e interdisciplinaridade, eficiência e integralidade. É nessa articulação que se encontra a possibilidade de aproximar teoria e prática e de transformar a gestão em instrumento efetivo de qualificação dos processos assistenciais.

4.11 Contrapontos e síntese interpretativa

Os resultados não autorizam a conclusão simplista de que modelos participativos sejam sempre superiores aos modelos hierárquicos, nem de que a racionalidade burocrática deva ser completamente substituída. A principal evidência produzida pela revisão é mais complexa:

diferentes racionalidades são necessárias, mas seus efeitos dependem da forma como são combinadas e subordinadas às finalidades do sistema de saúde.

A burocracia pode proporcionar previsibilidade, responsabilização e padronização; entretanto, quando excessivamente centralizada, pode restringir a autonomia e dificultar adaptações. A participação pode ampliar a legitimidade das decisões; porém, sem mecanismos claros de governança, pode produzir lentidão ou indefinição. A autonomia profissional pode favorecer decisões contextualizadas; contudo, sem articulação interdisciplinar, pode reforçar fragmentações corporativas.

Esse conjunto de contrapontos constitui um dos principais resultados da análise. A gestão em saúde não deve buscar a eliminação das tensões, mas desenvolver capacidades institucionais para governá-las. Essa conclusão é coerente com a perspectiva da Organização Mundial da Saúde, que propõe serviços integrados e centrados nas pessoas mediante mecanismos de governança, coordenação e participação, e não mediante a eliminação das estruturas institucionais.

Desse modo, a articulação entre teoria e prática proposta neste estudo não significa simplesmente aplicar conceitos teóricos à realidade. Significa utilizar a teoria como instrumento crítico para compreender as contradições concretas dos serviços e, simultaneamente, permitir que a experiência dos sujeitos e das organizações questione e aperfeiçoe os modelos teóricos. A síntese final dos resultados aponta, portanto, para uma concepção de gestão como prática organizacional, política, relacional e ética, orientada não apenas para o funcionamento eficiente das instituições, mas para a construção das condições que possibilitem produzir cuidado integral, participativo e centrado nas necessidades de saúde da população.

5 Considerações finais

A análise desenvolvida neste estudo permitiu compreender que a gestão dos serviços de saúde na contemporaneidade não pode ser reduzida ao domínio de instrumentos administrativos, ao controle de recursos ou à definição de fluxos institucionais. A partir da análise integrativa do corpus selecionado, evidenciou-se que a gestão constitui um fenômeno multidimensional, no qual se articulam racionalidades organizacionais, relações de poder, saberes profissionais, processos micropolíticos, participação institucional, trabalho interdisciplinar e condições concretas de produção do cuidado.

Os resultados indicaram que permanece uma tensão entre modelos organizacionais estruturados por hierarquia, padronização e centralização das decisões e perspectivas que defendem maior autonomia profissional, participação, cogestão e integração dos processos assistenciais. Essa tensão, entretanto, não deve ser interpretada como uma oposição absoluta entre modelos tradicionais e participativos. O principal achado da investigação reside justamente na compreensão de que a gestão qualificada depende da capacidade de articular coordenação institucional e autonomia, eficiência e integralidade, especialização e interdisciplinaridade, autoridade e participação.

No âmbito dos saberes profissionais e da micropolítica do trabalho, constatou-se que parcela significativa das decisões que conformam os serviços ocorre no cotidiano das equipes e nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários. A gestão formal, portanto, não explica integralmente o funcionamento das organizações de saúde. As práticas efetivamente realizadas são também influenciadas por negociações, experiências, conhecimentos profissionais, relações de poder e decisões produzidas no curso do trabalho.

Essa constatação reforça a necessidade de que os processos de planejamento e avaliação considerem não apenas aquilo que está previsto institucionalmente, mas também as condições concretas nas quais as atividades são executadas. A análise da gestão colegiada demonstrou, por sua vez, que a participação constitui importante possibilidade de democratização das relações institucionais, mas não produz resultados automaticamente. A existência de reuniões, colegiados ou outros espaços participativos não assegura, por si só, redistribuição efetiva do poder decisório.

Para que a participação produza efeitos substantivos, são necessárias condições institucionais que assegurem acesso às informações, capacidade de manifestação, reconhecimento dos diferentes saberes e possibilidade concreta de interferência nas decisões. Essa compreensão converge com a perspectiva contemporânea da Organização Mundial da Saúde, que associa sistemas de saúde centrados nas pessoas ao fortalecimento da governança, da responsabilização, da coordenação dos serviços e da participação de indivíduos e comunidades.

No que se refere à interdisciplinaridade, os achados evidenciaram que a simples composição multiprofissional das equipes não garante integração do trabalho. A complementaridade entre diferentes áreas depende de mecanismos de comunicação, compartilhamento de responsabilidades, reconhecimento das competências profissionais e construção de objetivos comuns. A gestão assume, nesse cenário, função estratégica na criação das condições organizacionais necessárias para converter a diversidade de saberes em capacidade coletiva de cuidado.

A dimensão da ambiência também se mostrou relevante, sobretudo por evidenciar que a qualidade dos processos assistenciais está relacionada às condições materiais, institucionais e relacionais nas quais o trabalho é desenvolvido. Entretanto, os resultados permitem afastar uma interpretação restrita segundo a qual a humanização poderia ser alcançada apenas mediante melhorias físicas ou relacionais. Ambiência favorável, comunicação e vínculos são importantes, mas não substituem mudanças na organização do trabalho, na distribuição das responsabilidades, nos mecanismos de governança e nas condições institucionais de produção do cuidado.

Diante desses achados, sustenta-se que a gestão contemporânea dos serviços de saúde precisa deslocar-se de uma perspectiva predominantemente administrativa para uma concepção integrada, participativa, relacional e orientada pelas necessidades de saúde da população. Isso não significa abandonar planejamento, avaliação, protocolos, indicadores ou mecanismos de responsabilização. Ao contrário, significa utilizar esses instrumentos de maneira articulada às dimensões humanas, profissionais e micropolíticas que constituem o cotidiano dos serviços.

Essa conclusão encontra correspondência na agenda internacional de serviços integrados e centrados nas pessoas.

A Organização Mundial da Saúde defende modelos capazes de coordenar diferentes níveis e pontos de atenção, colocando as necessidades das pessoas e comunidades no centro da organização dos sistemas. Nessa perspectiva, integração, governança, participação e coordenação não são dimensões concorrentes, mas componentes complementares de sistemas capazes de oferecer atenção mais responsiva, equitativa e contínua.

Como contribuição teórica, o estudo propõe compreender a gestão dos serviços de saúde a partir da articulação de cinco dimensões interdependentes: racionalidade organizacional, micropolítica do trabalho, saberes profissionais, cogestão e ambiência. A contribuição dessa formulação não reside na proposição de um modelo gerencial universal, mas na possibilidade de oferecer uma matriz interpretativa para analisar como diferentes elementos organizacionais se relacionam e repercutem na produção do cuidado. A principal implicação dessa perspectiva é reconhecer que intervenções concentradas em apenas uma dimensão tendem a apresentar alcance limitado quando não são acompanhadas de transformações nas demais.

No campo prático, os resultados sugerem a necessidade de fortalecer espaços permanentes de diálogo entre gestão e assistência, ampliar mecanismos efetivos de participação dos trabalhadores, estimular práticas interdisciplinares, reconhecer os saberes produzidos no cotidiano e utilizar indicadores de desempenho associados à análise qualitativa dos processos de trabalho. Também se mostra necessário aproximar os processos decisórios das necessidades identificadas nos territórios e nos diferentes pontos da rede de atenção, evitando que a gestão seja conduzida exclusivamente por parâmetros administrativos dissociados da realidade assistencial.

A pesquisa apresenta, contudo, limitações que precisam ser consideradas. Por se tratar de uma revisão integrativa de natureza qualitativa e teórico-conceitual, os resultados não permitem estabelecer relações causais ou estimar quantitativamente o efeito de determinados modelos de gestão sobre indicadores assistenciais. A heterogeneidade epistemológica, metodológica e contextual dos estudos incluídos também restringe comparações diretas entre as evidências. Além disso, embora tenham sido consultadas diferentes bases e utilizados descritores em mais de um idioma, não se pode excluir a possibilidade de existência de publicações relevantes que não tenham sido recuperadas pela estratégia de busca adotada. Essas limitações recomendam cautela na generalização dos achados.

Para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos empíricos que testem, em diferentes contextos assistenciais, a relação entre participação na gestão, autonomia profissional, integração das equipes e qualidade do cuidado. Também são necessários estudos comparativos entre diferentes modelos organizacionais, incluindo serviços de atenção primária, hospitais e redes de atenção, bem como investigações capazes de combinar indicadores quantitativos de desempenho com análises qualitativas dos processos micropolíticos. Essa agenda poderá

contribuir para verificar em que condições determinadas estratégias de gestão produzem resultados sustentáveis e para identificar quais mecanismos favorecem a transformação das práticas.

Conclui-se, portanto, que a articulação entre teoria e prática constitui elemento central para a qualificação da gestão dos serviços de saúde. A teoria oferece categorias para compreender as estruturas, racionalidades e relações que atravessam as organizações; a prática evidencia os limites e as possibilidades concretas de transformação dessas estruturas. A aproximação entre ambas permite superar tanto o tecnicismo administrativo quanto uma concepção idealizada da participação, reconhecendo que a gestão em saúde é um processo permanente de negociação, coordenação, aprendizagem e construção coletiva.

Nesse sentido, uma gestão efetivamente contemporânea não é aquela que simplesmente administra melhor os recursos disponíveis, mas aquela que consegue organizar recursos, saberes, relações e processos em torno da produção de um cuidado integral, seguro, equitativo, humanizado e centrado nas necessidades das pessoas. Essa perspectiva constitui uma possibilidade concreta de aproximar os princípios do SUS das práticas cotidianas de gestão e de fortalecer a capacidade dos serviços de responder aos desafios organizacionais, profissionais e sociais que caracterizam a saúde no presente.

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

- FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves; SPIRANDELLI, Acácia Cristina Marcondes de Almeida; VERDE, Maisa Carolina de Castro Lima Vila. Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 138-146, 2019.
- MAFFESOLI, Michel. *A contemplação do mundo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.
- MAFFESOLI, Michel. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MAFFESOLI, Michel. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias *et al.* Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e o cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 70-83, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization, 2016.
- PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine*, v. 18, n. 3, e1003583, 2021.
- RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Gestão dos serviços de saúde no sus: saberes profissionais, micropolítica do trabalho e modelos organizacionais. **RSV**, [S. l.], v. 8, n. 03, March, p. 1–34, 2026.
- RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Acreditação hospitalar e produção do cuidado em saúde: racionalidades tecnogerenciais, qualidade assistente e desafios no contexto brasileiro. **Veredas do Direito**, [S. l.], v. 11, pág. e237288, 2026a.
- RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Governança, financiamento e desigualdades regionais na gestão pública da saúde: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **RSV**, [S. l.], v. 8, n. 04, April, p. 1–38, 2026.
- SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, 2011.
- SILVA, I. J. B. da *et al.* Aplicação de critérios de sustentabilidade em licitações de serviços: análise no complexo hospitalar da UFC/EBSERH (2019–2021). **Revista Ilustração**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 459–485, 2026.
- WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care models: an overview. Geneva: World Health Organization, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization, 2016.