

DEMOCRACIA INSTITUCIONAL, COGESTÃO E TRABALHO VIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Derly Luiz de Miranda¹;

¹Universidade Estadual de Campinas, Sorocaba, SP, Brasil.

<https://lattes.cnpq.br/9736792141632462>

Maurem Aparecida Montes da Silveira².

²Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2430216268408071>

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma conquista histórica vinculada à Reforma Sanitária Brasileira, à cidadania e à democratização da vida social. Essa vinculação não se limita ao plano constitucional, à formulação de políticas ou às instâncias formais de participação. Ela se realiza também no cotidiano das instituições, nos modos de distribuir poder e responsabilidades e nas possibilidades concretas de participação nas decisões que atravessam o trabalho em saúde. Este ensaio teórico-reflexivo discute a democracia institucional como dimensão constitutiva da organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Sustenta-se que a cogestão, o reconhecimento do trabalho vivo e o planejamento participativo são fundamentais para qualificar o cuidado, fortalecer coletivos e enfrentar fatores psicossociais relacionados ao trabalho. O argumento articula contribuições sobre o caráter democrático do SUS, a cogestão e o Método Paidéia, a micropolítica do trabalho em saúde, a subjetividade, o reconhecimento e os fatores psicossociais organizacionais. Na APS, o cuidado é produzido em relações situadas, exigindo escuta, vínculo, cooperação, julgamento e negociação diante de necessidades singulares. Por isso, não pode ser reduzido à execução passiva de prescrições. Arranjos que separam rigidamente concepção e execução, restringem a análise coletiva ou desconsideram a experiência das equipes tendem a enfraquecer autonomia, reconhecimento e cooperação. Em contrapartida, práticas de cogestão podem ampliar a circulação da palavra, a elaboração compartilhada de problemas, a construção de prioridades no território e a corresponsabilização entre trabalhadores, coordenações e população. Conclui-se que defender o SUS como projeto democrático requer inscrever a democracia na organização concreta do trabalho, reconhecendo os trabalhadores como coprodutores do cuidado e das condições institucionais em que ele se realiza.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento participativo. Saúde do trabalhador. Participação social.

INTRODUÇÃO

O SUS nasceu de uma elaboração político-social que articulou direito à saúde, cidadania e democratização do Estado brasileiro. Para Paim (2008), a Reforma Sanitária Brasileira deve ser compreendida como fenômeno sócio-histórico cuja densidade ultrapassa a criação de uma rede de serviços: trata-se de um projeto comprometido com universalidade, equidade e ampliação da participação social. Essa origem mantém aberta uma questão decisiva para a Saúde Coletiva: como sustentar a democracia no interior das instituições que materializam diariamente o direito à saúde?

A questão adquire especial relevância na APS, onde o cuidado se constitui nas relações com usuários, famílias, comunidades e equipes. A produção do cuidado exige leitura das necessidades, articulação entre saberes distintos, construção de vínculos e pactuação de respostas perante situações que não se apresentam de modo inteiramente previsível. O trabalho cotidiano, portanto, não consiste em mera aplicação de orientações previamente definidas. Envolve escolhas, prioridades, ajustes e negociações construídos em condições concretas, marcadas pela diversidade dos territórios e pela singularidade das demandas.

A gestão incide diretamente sobre essa experiência. A forma como se organizam encontros coletivos, se definem prioridades, se distribuem responsabilidades e se acolhem divergências interfere nas possibilidades de autonomia, cooperação e produção de sentido no trabalho. Campos (2000) assinala que gerir não corresponde somente a administrar recursos ou repartir tarefas; envolve igualmente produzir sujeitos e coletivos mais capazes de compreender e intervir sobre sua realidade. Quando a democracia institucional permanece como princípio abstrato, sem alcançar as práticas de gestão e a organização do trabalho, instala-se uma dissociação entre o projeto público do SUS e a experiência de quem produz o cuidado.

Este texto parte da premissa de que a democracia institucional é condição prática do trabalho em saúde, e não um adorno normativo. Nessa perspectiva, cogestão, trabalho vivo, reconhecimento, território e fatores psicossociais precisam ser compreendidos em sua relação com os arranjos institucionais. Tal deslocamento evita individualizar dificuldades que têm raízes na organização do trabalho e permite indagar quais condições coletivas ampliam ou restringem a capacidade de agir das equipes na APS.

OBJETIVO

Discutir, em perspectiva teórico-reflexiva, como a democracia institucional, a cogestão, o planejamento participativo e o reconhecimento do trabalho vivo podem orientar a organização do trabalho na APS, contribuindo para a qualificação do cuidado e para a prevenção de fatores psicossociais relacionados ao trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, construído a partir de uma revisão interpretativa de obras selecionadas por sua pertinência ao debate sobre democracia institucional, cogestão, trabalho vivo, subjetividade, reconhecimento e fatores psicossociais no trabalho.

A reflexão foi desenvolvida em três movimentos articulados. O primeiro situa a democracia como dimensão constitutiva do projeto do SUS, para além das instâncias formais de participação. O segundo examina a organização do trabalho na APS a partir da compreensão de que o cuidado é produzido em situações singulares e depende da atividade efetivamente desenvolvida pelas equipes, em relação permanente com os territórios. O terceiro aproxima autonomia, participação nas decisões, apoio social, comunicação, reconhecimento e cooperação das condições institucionais capazes de favorecer vitalidade e proteção no trabalho ou, inversamente, de compor cenários de desgaste.

As proposições apresentadas decorrem do diálogo interpretativo entre os referenciais mobilizados. Não pretendem estabelecer relações causais lineares entre modelos de gestão e saúde dos trabalhadores, tampouco esgotar a complexidade das experiências de trabalho na APS. Buscam, antes, oferecer elementos para pensar a democracia institucional como prática cotidiana de cuidado, planejamento e gestão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Democracia institucional: do princípio do SUS ao cotidiano dos serviços

A democracia institucional designa a incorporação de relações participativas e compartilhadas nos processos pelos quais as instituições definem problemas, prioridades e modos de atuação. Não significa ausência de coordenação, conflitos ou responsabilidades diferenciadas. Refere-se, antes, à criação de condições para que trabalhadores sejam reconhecidos como sujeitos capazes de analisar o próprio trabalho, formular questões e participar das decisões que incidem sobre ele.

Nessa direção, o Método Paideia evidencia que a gestão atua na produção de sujeitos e coletivos, ampliando a capacidade de intervir sobre a realidade institucional (Campos, 2000; Campos; Cunha; Figueiredo, 2013). A cogestão não se reduz, portanto, a consultas ocasionais ou à divisão formal de encargos. Ela constitui uma orientação ético-política voltada à criação de espaços em que a palavra circule, os conflitos possam ser elaborados e as responsabilidades sejam discutidas de modo compartilhado. A roda, nessa acepção, é um dispositivo de encontro e análise: torna visíveis diferentes posições, possibilita negociações e impede que divergências sejam silenciadas em nome de consensos aparentes.

Na APS, essa orientação é especialmente pertinente. As equipes lidam com necessidades heterogêneas e com a exigência de articular vínculo, continuidade do cuidado e cooperação. A qualidade das respostas depende da possibilidade de colocar em análise

situações concretas, acolher interpretações diversas e construir prioridades coletivas. Instituições que concentram a definição dos problemas e reservam às equipes apenas a execução reduzem o espaço de iniciativa e desconsideram conhecimentos produzidos na experiência cotidiana. Nessa dinâmica, não se empobrece apenas a participação; enfraquece-se a própria capacidade institucional de compreender o trabalho que realiza.

Trabalho vivo e singularidade do cuidado na APS

Merhy (2002) propõe compreender o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato, destacando que o cuidado se produz no encontro entre sujeitos, necessidades, saberes e decisões tomadas em situação. Ainda que existam diretrizes institucionais, a atividade não se realiza como reprodução mecânica: profissionais interpretam demandas, mobilizam experiências, negociam condutas e cooperam para responder ao que emerge no cotidiano.

Reconhecer o trabalho vivo não implica desvalorizar o planejamento. Implica recusar a suposição de que planejar equivale a antecipar integralmente o que será necessário fazer. Na APS, a distância entre o trabalho prescrito e a atividade efetivamente realizada é constitutiva do cuidado, pois a diversidade dos territórios e das situações vividas pelos usuários exige julgamento prático, criatividade e responsabilidade. Almeida e Merhy (2020) reafirmam que o cuidado é produzido no encontro e que a atividade dos trabalhadores participa ativamente da conformação das respostas em saúde.

A experiência cotidiana das equipes precisa, assim, ocupar lugar legítimo na definição de metas, prioridades e formas de organizar o trabalho. A escuta do que se passa nos encontros com usuários e comunidades, bem como dos impasses vividos pelos trabalhadores, permite que as decisões institucionais se aproximem das necessidades concretas do cuidado. Esse movimento não dispensa responsabilidades de coordenação; ao contrário, demanda coordenações capazes de sustentar espaços de análise, negociação e corresponsabilização.

Quando a organização invisibiliza essa dimensão, restringe margens de decisão necessárias a respostas responsáveis diante das situações concretas. Pode ainda reforçar uma separação rígida entre quem concebe e quem executa, como se a experiência de trabalho não produzisse conhecimento relevante para a gestão. Em outra direção, valorizar o trabalho vivo requer instituir momentos coletivos de análise da atividade, nos quais dificuldades, impasses e soluções construídas no cotidiano possam alimentar a organização do cuidado.

A micropolítica do trabalho em saúde evidencia que produção de cuidado e produção de subjetividades são inseparáveis. As formas de organizar o trabalho comunicam aos profissionais se sua experiência é considerada legítima, se há espaço para formular dúvidas e se a cooperação é efetivamente sustentada. Defender o trabalho vivo possui, assim, alcance ético e institucional: protege a singularidade do cuidado e reconhece os trabalhadores como coprodutores das práticas de saúde.

Território e planejamento participativo: prioridades construídas no trabalho vivo

O território não se reduz à delimitação administrativa de uma área de responsabilidade; ele é trama de modos de viver, circular, adoecer, cuidar e reivindicar reconhecimento. É nessa trama que a APS encontra sua matéria mais concreta e, ao mesmo tempo, mais instável. Tomá-lo como referência do planejamento implica recusar prioridades definidas de forma abstrata, como se fossem equivalentes em contextos desiguais. Paim (2008) sustenta que a organização das práticas em saúde exige leitura histórica e social das necessidades. Nunes (2023), ao defender uma ecologia de saberes e práticas descolonizadoras em saúde, convida a reconhecer conhecimentos locais e experiências historicamente subalternizadas. A cogestão ganha densidade justamente quando se aproxima decisão e experiência de trabalho (Campos, 2000).

Planejar no território significa, portanto, criar espaços nos quais equipes, população e instâncias coletivas possam nomear problemas, confrontar interpretações e reconhecer que toda escolha de prioridade expressa também valores e relações de poder. A participação não deve ser tratada como rito de consulta posterior a decisões já tomadas. Ela se realiza quando questões trazidas por quem vive no território e por quem nele trabalha passam a interferir efetivamente na definição do que merece atenção, tempo e investimento.

A formulação compartilhada de prioridades exige conversas sustentadas, abertura ao dissenso e disposição institucional para rever caminhos. Campos, Cunha e Figueiredo (2013) apresentam a cogestão como prática que amplia a capacidade de análise e intervenção dos coletivos, sem dissolver responsabilidades. Reuniões de equipe, espaços com usuários e articulações intersetoriais podem constituir momentos de elaboração comum, desde que não sejam capturados pela urgência permanente ou pela mera distribuição de tarefas. O planejamento participativo torna-se, então, exercício de democracia institucional: não porque elimina conflitos, mas porque lhes confere palavras, análise e consequências práticas.

Esse movimento depende de reconhecer os saberes produzidos no encontro cotidiano das equipes com o território. O trabalho vivo, nos termos de Merhy (2002), manifesta-se na potência de interpretar situações singulares e criar respostas que não cabem em prescrições fixas. Almeida e Merhy (2020) lembram que o cuidado se faz em relações, nas quais os trabalhadores mobilizam conhecimentos técnicos, experiência, escuta e julgamento ético. Quando tais saberes são desqualificados ou silenciados, restringe-se também a possibilidade de os coletivos se reconhecerem como autores de seu trabalho, condição relevante para a saúde de quem cuida (Dejours, 2021; Seligmann-Silva, 2021). Ao contrário, a cogestão pode sustentar a transformação de inquietações em análise compartilhada, a composição de prioridades com os sujeitos do território e a preservação do vínculo entre autonomia, responsabilidade e cuidado.

Reconhecimento, subjetividade e fatores psicossociais

A organização institucional não é exterior à experiência subjetiva dos trabalhadores. O reconhecimento ocupa lugar decisivo na relação entre trabalho, cooperação e construção de sentido, conforme discute Dejours (2021). Reconhecer não equivale a oferecer elogios ou recompensas isoladas; implica tornar visível a relevância do que se realiza, validar a contribuição singular de cada trabalhador e considerar os saberes construídos na atividade. Quando o julgamento profissional é sistematicamente desqualificado ou faltam meios coletivos para problematizar obstáculos, podem surgir perda de sentido e enfraquecimento dos vínculos de cooperação.

Sufrimento, prazer, subjetividade e saúde mantêm relação estreita com a maneira pela qual o trabalho é organizado e vivido, como mostram Seligmann-Silva (2021) e Sznelwar, Uchida e Lancman (2011). Essa abordagem afasta explicações que atribuem as dificuldades a fragilidades individuais e direciona a análise para relações de poder, condições de participação e possibilidades efetivas de os trabalhadores intervirem nos problemas que enfrentam.

Os fatores psicossociais relacionados ao trabalho abrangem dimensões como autonomia, comunicação, apoio social, relações interpessoais, cultura organizacional e participação nas decisões (Pereira et al., 2020). Não se pode afirmar uma causalidade simples entre ausência de cogestão e adoecimento. Ainda assim, contextos em que a participação é reduzida, a comunicação se fragiliza, o apoio é insuficiente e inexistem espaços coletivos de intervenção podem compor condições desfavoráveis ao trabalho e ao cuidado. Em sentido inverso, arranjos institucionais democráticos podem favorecer vitalidade, florescimento no trabalho e proteção das equipes (Spreitzer et al., 2005). Sob essa ótica, a prevenção não se limita a ações dirigidas aos indivíduos: exige mudanças nas formas de organizar, discutir e conduzir o trabalho.

A democracia institucional pode ser entendida, nesse sentido, como orientação de prevenção organizacional. Ao favorecer a identificação compartilhada dos problemas, amplia a corresponsabilização entre gestão e equipes e fortalece redes de apoio no processo de trabalho. Essa afirmação requer cautela: a participação não pode ser transferida às equipes como obrigação adicional, nem empregada para deslocar responsabilidades institucionais. Para ser efetiva, pressupõe abertura real à deliberação, condições de sustentação dos coletivos e reconhecimento das assimetrias de poder presentes nas instituições.

Cogestão e produção de coletivos na APS

A cogestão pode materializar-se em espaços regulares de encontro e análise coletiva nos quais a atividade, as relações de trabalho e os desafios do cuidado sejam discutidos. Seu valor não decorre da existência formal de reuniões, mas de sua capacidade de produzir escuta, negociação e incidência sobre decisões. Trata-se de aproximar gestão e cuidado,

incluindo trabalhadores na análise de prioridades, na distribuição de responsabilidades e na identificação de necessidades de apoio.

Essa perspectiva exige compromisso das coordenações com a sustentação de condições relacionais e organizacionais para o trabalho. Não se resume a solicitar maior engajamento dos profissionais. A gestão compartilhada pressupõe que decisões possam ser revistas à luz da experiência concreta, que conflitos sejam tratados como parte do trabalho coletivo e que a palavra dos trabalhadores tenha efeitos reconhecíveis na vida institucional.

A produção de coletivos é efeito e, simultaneamente, condição dessa orientação. Coletivos não são simples agrupamentos de pessoas; constituem-se por meio de confiança, comunicação, reconhecimento das diferenças e construção de objetivos compartilhados. A cogestão cria oportunidades para que o trabalho deixe de ser vivido como soma de incumbências isoladas e seja reconhecido como prática cooperativa. Na APS, tal dimensão é fundamental para sustentar a potência do cuidado, uma vez que encontro, vínculo e corresponsabilização são elementos estruturantes de sua prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão desenvolvida sustenta que defender o SUS como projeto democrático requer atenção às formas concretas de organizar o trabalho na APS. Democracia institucional, cogestão, planejamento participativo e trabalho vivo não são temas periféricos à gestão: incidem sobre a qualidade do cuidado, sobre a capacidade coletiva de responder a necessidades singulares e sobre as condições psicossociais em que as equipes trabalham.

Uma organização que reduz profissionais à execução de decisões formuladas sem sua participação tende a desvalorizar conhecimentos produzidos na atividade e a restringir autonomia, reconhecimento e cooperação. Em sentido contrário, dispositivos de cogestão podem ampliar a circulação da palavra, o apoio social, o reconhecimento e a análise compartilhada dos problemas. Não eliminam conflitos, assimetrias ou limites institucionais, mas oferecem uma direção ético-política para enfrentá-los sem individualizar aquilo que é produzido nas relações de trabalho.

Para a Saúde Coletiva, o desafio consiste em manter articulados democracia, território, gestão, trabalho e cuidado. Na APS, sustentar essa articulação implica reconhecer que quem cuida também deve participar da construção das condições em que o cuidado se realiza. Fortalecer instituições democráticas requer, portanto, criar e proteger espaços de análise, deliberação e corresponsabilização capazes de transformar a experiência cotidiana do trabalho em fonte legítima de produção de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão 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.
- CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2021.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NUNES, J. A. **Epistemologias do Sul e descolonização da saúde**. Buenos Aires: CLACSO; Coimbra: CES, 2023.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. In: PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 35-48.
- PEREIRA, A. C. L. et al. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, e18, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000035118>>
- SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2021.
- SPREITZER, G. et al. A socially embedded model of thriving at work. **Organization Science**, v. 16, n. 5, p. 537-549, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1287/orsc.1050.0153>>
- SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social**, v. 23, p. 11-30, 2011.