



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO DE OPINIÃO

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p537-554

A Pandemia por Covid-19 expõe crise de gestão no Sistema Único de Saúde.

Covid-19 pandemic expose management crisis in the Brazilian Unified Health System

Josué Souza Gleriano

Doutor. Professor na área de Políticas de Saúde e Gestão no Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso, Tangará da Serra - MT, Brasil.

E-mail josuegleriano@unemat.com; ORCID 0000-0001-5881-4945

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Livre-Docente. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, Brasil.

E-mail dpchaves@eerp.usp.br; ORCID 0000-0002-8730-2815

Raimundo Nonato Cunha de França

Doutor. Professor da Universidade do Estado de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Sistemas de Produção (UNEMAT) e Programa de Pós-Graduação em Sociologia (UFMT), Tangará da Serra - MT, Brasil.

E-mail raimundofranca@unemat.br; ORCID 0000-0001-9603-0391

Janise Braga Barros Ferreira

Doutora. Professora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, Brasil;

E-mail janise@fmrp.usp.br; ORCID 0000-0001-7480-937X

Aldaísa Cassanho Forster

Livre-Docente. Professora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, Brasil;

E-mail acforste@fmrp.usp.br; ORCID 0000-0002-2720-5802

Resumo: O objetivo deste ensaio é refletir acerca da gestão no contexto pandêmico da crise sanitária pela Covid-19, na perspectiva de articular atores e recursos, dialogando com o processo histórico das disputas de projetos e modelos que cercam o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi fundamentado na formulação discursiva, considerando referências, pensamentos e posicionamentos dos autores. Foram abordadas as limitações da composição da agenda de política de saúde, contextualizando aspectos históricos que acompanham a gestão do SUS, e a recente segregação pela gestão nacional das contribuições da academia. Reafirmou-se a importância do planejamento governamental para a organização dos serviços e a necessidade de reconhecer os cenários epidemiológicos para a composição da rede de atenção. Explanou-se ainda sobre a legitimidade da participação social na gestão do SUS, a luta das entidades da saúde coletiva e da sociedade civil, mas também sinalizaram-se aspectos legais, organizacionais e funcionais que precisam ser considerados para a atuação nesse espaço. Destaca-se o cenário de crise como oportunidade de estabelecer laços de solidariedade para o engajamento em torno da defesa do SUS. A pandemia oportuniza a retomada da discussão acerca da possibilidade de fortalecer a pauta do direito à saúde como bem social, assim como direito fundamental à vida, como estabelece a Carta Cidadã de 1988.

Palavras-chave: Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Participação Social; Pandemias; Políticas de Saúde.

Abstract: This essay is intended to make us reflect about management in the pandemic context of the health crisis caused by Covid-19, from the perspective of articulating actors and resources, holding a dialog with the historical process of disputes of projects and models that surround the Brazilian Unified Health System (SUS, as per its Portuguese acronym). It was based on discursive formulation, considering references, thoughts and positionings of the authors. The limitations of the composition of the health policy agenda were addressed, contextualizing historical aspects that accompany the management of SUS, and the recent segregation by the national management of contributions from the academic environment. The importance of government planning for the organization of services and the need to recognize the epidemiological scenarios for the composition of the care network was reaffirmed. The legitimacy of social participation in the management of SUS was also explained, as well as the struggle of collective health and civil society entities, but also the legal, organizational and functional aspects that need to be considered for acting in this space were signaled. The crisis scenario should be highlighted as an opportunity to establish bonds of solidarity for the engagement in terms of the defense of SUS. The pandemic provides an opportunity to resume the discussion about the possibility of strengthening the agenda of the right to health as a social good, as well as the fundamental right to life, as established in the Citizen's Charter of 1988.

Keywords: Universal Access to Health Care Services; Unified Health System; Health Management; Social Participation; Pandemics; Health Policy.

Introdução

A pandemia da Covid-19 é uma crise que marca a humanidade pelo impacto quase simultâneo, no mundo todo. Entende-se crise como “(...) *situação em que há uma ameaça percebida aos valores centrais ou às funções de sustentação da vida de um sistema social que requer ação corretiva urgente em circunstâncias incertas*”¹. Ao considerar esse conceito amplo, é preciso reconhecer que o desequilíbrio causado pela pandemia agudiza e potencializa tantas outras crises políticas, sociais, sanitárias, econômicas que já são crônicas.

A pandemia, no Brasil, descortina uma questão humanitária que evidenciou a necessidade de adoção de estratégias de proteção da sociedade e oportunizou a análise de diversos desfechos, em torno da natureza política da crise. Nesse contexto, emergem questionamentos: no cenário brasileiro é a pandemia ou a gestão em saúde que se caracteriza como crise? A pandemia agrava a crise da gestão em saúde ou a gestão em saúde agrava a crise da pandemia?

As perguntas, certamente, não são mero jogo de palavras, as respostas não estão totalmente prontas e não podem ser simplistas, mas é possível ponderar sobre limitações e inadequações, atuais e crônicas, de ações da gestão que, no caso brasileiro, trouxeram implicações irreversíveis

para o enfrentamento da pandemia. Por isso, não é objetivo apresentar respostas escritas a esses questionamentos, o que conformaria contrassenso, mas oferecer subsídios para reflexão e debate. Nessa perspectiva, apresenta-se este ensaio com o objetivo de refletir acerca da gestão no contexto pandêmico da crise sanitária pela Covid-19, dialogando com o processo histórico das disputas de projetos e modelos que sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de articular atores e recursos.

O ensaio foi fundamentado na formulação discursiva, que considerou eixos condutores, decorrentes da articulação entre a literatura científica, pensamentos e posicionamento dos autores, considerando a contemporaneidade da temática e a dinamicidade de construções histórico-sociais, com base no cenário atual. Revisitam-se aspectos que permeiam o SUS e a sua gestão, nesses mais de 30 anos, que contribuem para agudizar e expor problemas no enfrentamento da pandemia, ainda mais na garantia da saúde como um direito constitucional.

O conceito de gestão é amplo e com várias nuances a serem exploradas. Neste ensaio compreende-se por gestão:

Capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos^{2:1645}.

Para consolidar os compromissos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) com o SUS, a gestão é um componente estratégico por conseguir promover a inclusão das políticas econômicas e sociais dirigidas ao bem-estar da população, assegurando processos que consolidem a Seguridade Social como valor social promovido por meio de um conjunto de ações e iniciativas dos poderes públicos e da sociedade. Nesse contexto, é urgente visitar a gestão do SUS para analisar as implicações que agravaram a crise sanitária brasileira durante a pandemia.

Aspectos que permeiam a gestão do SUS e a crise sanitária

Historicamente, na gestão do SUS, percebem-se resquícios do *modus operandi* que transparecem as divergências de comando entre entes federados³, disputas de poder nas relações políticas partidárias que entremeiam a gestão do sistema, além de contradições de um sistema público de saúde em um ambiente regido pela concepção em que a saúde se revela progressivamente como um bem de consumo, sob a lógica do mercado, ou seja, concebeu-se um modelo que opera transpassado pelo setor privado na estrutura, no planejamento e na gestão. Assim, promoveu-se

um hibridismo público-privado que não conseguiu potencializar a garantia de resolubilidade no SUS, em face das diversas demandas de saúde, e consequentemente o Sistema tornou-se vulnerável ante o panorama da pandemia.

Esse *mix* público-privado foi validado no texto constitucional pela forte presença, nos trabalhos da Assembleia Constituinte, do setor de medicina de grupo, entidades filantrópicas e direção de estabelecimentos privados de saúde na defesa desse formato assistencial, ou seja, um resultado que não impôs um modelo específico de sistema público-privado, mas que indicou elementos para a definição de limites da regulação estatal⁴. Dessa forma, disputas de forças ideológicas, políticas, econômicas e sociais ganharam perspectivas de poder na gestão em saúde, em diferentes propostas neoliberais, e forjaram a adaptação do SUS aos interesses do capital⁵.

Os modelos de gestão no SUS, tanto no tocante à modernização, que levou a processos de privatizações e as transferências de responsabilidades do Estado para o setor privado, como também na destituição do papel do Estado em suas atribuições no setor da saúde, que acelerou um progressivo desmonte do aparato estatal na gestão das políticas públicas, evidenciam importante lacuna na discussão sobre características, funcionamento, limitações, potencialidades e a eficácia desses modelos⁶.

Nesses mais de 30 anos de SUS, a aposta para consolidar um modelo de gestão público e participativo embasou-se em priorizar estratégias descentralizadas, para estimular a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores no intuito de superar desafios da agenda de gestão, para organizar os serviços de saúde e os modos de produção⁷. No entanto, os possíveis avanços de gestão não conseguiram conter feições burocráticas, que envolvem a sustentabilidade de sistemas de saúde, do ponto de vista econômico e produtivo. Assim, um desafio constante na construção de modos de gestão participativos no SUS diz respeito ao modelo de prestação de serviços, da forma como se opera a governança, os mecanismos de pagamento dos serviços e da força de trabalho da saúde.

Sendo assim, o SUS vem experimentando uma série de formatos administrativos e jurídicos de modelos de gestão, desde a responsabilidade de entes públicos pela prestação dos serviços, até Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), fundações estatais de direito privado, entre outras que assumiram a gestão e a prestação de serviços, permeadas por questões relevantes que envolvem cumprimento de metas, repasses financeiros⁸⁻¹¹, compartilhamento e descentralização de poder^{9,12}, fragilização das relações de trabalho¹³.

Pode-se afirmar que existem três enfoques principais que marcam posicionamentos dos agentes gestores do SUS quanto aos modelos de gestão adotados. Aqueles que o defendem puramente público e recusam as formas de administração indireta e/ou as Parcerias Público-Privadas (PPP); os que o defendem com gestão pública flexível em um modelo de fundação estatal e os defensores de um SUS mais efetivo, a partir da ideia das OSs, Oscip e PPPs e fundações estatais de direito privado como mecanismos funcionais do sistema¹⁴. Apesar desses diferentes posicionamentos, desde a criação do SUS, as pressões dos movimentos sociais avançaram na discussão da agenda do acesso universal e, sob essa pauta, cresceu na gestão do Sistema distintas formas de posicionamentos políticos e econômicos do pensamento neoliberal. No entanto, é certo que o aperfeiçoamento do modelo de gestão no SUS o auxilia a tornar-se mais resolutivo.

Cabe refletir que, no Brasil, o processo de democratização trouxe janelas de respiro para que houvesse avanços na modernização do país, suficientes para abarcar as conquistas na área da saúde, porém, não foi robusto o suficiente para impedir o avanço de representação decisória, na gestão do SUS, dos interesses privados do setor da saúde¹⁵.

Percebe-se que a gestão em saúde tem assegurado direitos da cidadania em processos focalizados nas agendas da saúde, o que favorece fragmentação da atenção no sistema de saúde, configurando uma lógica de prestação de serviço público-privada em sua estrutura legal. Aspecto esse que clama por análise e tem contribuído para a presença do setor privado no SUS, especialmente no que diz respeito ao (sub)financiamento da saúde. Desde as medidas de Desregulamentação dos Recursos da União, em 1995, além de cortes orçamentários feitos a partir da Emenda Constitucional-95, traçaram-se restrições e colocou-se o SUS diante de uma política fiscal de austeridade que afeta a expansão do direito à saúde.

O financiamento como vetor de análise do sistema de saúde deve ser compreendido por meio de dois aspectos, o do (sub)financiamento da saúde¹⁶ e da qualidade dos gastos em saúde¹⁷. No tocante à União, sua participação no financiamento é expressiva no fortalecimento das ações de atenção à saúde, privilegiando-a diante da coordenação já que concentra a maior parte da arrecadação tributária. Entretanto, dados mostram que, no período de 2004 a 2019, houve redução da participação da União no financiamento das ações e serviços públicos de saúde de 49,1% para 42,1% e aumento da participação dos municípios de 24,8% para 31,4%¹⁶, expondo esvaziamento da responsabilidade federal no âmbito do financiamento para coordenação e indução das ações nos entes federados¹⁸. Percebe-se que existe na organização federativa tendência em deslocar para níveis mais descentralizados o poder de gasto com ações e serviços de saúde, além de centralizar a

discussão do gasto em saúde numa direção de despesa, e não de investimento em políticas sociais, o que aos poucos refuta a luta da saúde como um direito social^{15,19}.

A pandemia favoreceu a participação filantrópica, com doações financeiras na forma de solidariedade ao SUS que, segundo os doadores, ao serem somadas chegaram a ultrapassar o valor do Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento da Covid-19²⁰, fato que merece observância sob as condições que envolvem essas relações. Todavia, a atuação da coordenação federativa no SUS tem sido enfraquecida pela diminuição da indução financeira nas transferências intergovernamentais e redução do papel do MS na coordenação de políticas nacionais.

A responsabilidade do Estado no enfrentamento da pandemia de Covid-19 expôs potencialidades do SUS, sistema público, universal e capilarizado em todo o território nacional que, por um lado, favorece a implementação de abordagens estratégicas para a coordenação das ações em saúde²¹⁻²³ e, por outro, agiganta fragilidades no tocante à gestão nesse sistema de saúde²³⁻²⁵.

A forma de organização da gestão do SUS em seus entes federados, com a pandemia de Covid-19, repercutiu em prestação de assistência sob os diferentes modelos de gestão, com ritmos diversos e pouco coordenados para abertura de espaços assistenciais, assim como embasados em diferentes formas de contratualização de serviços e vínculos dos recursos humanos em saúde. Enfim, a pandemia acentuou aspectos relevantes do (sub)financiamento da saúde e do modelo de gestão que já poderiam ter sido equacionados e não foram. Ainda assim, ressalta-se que o cenário de pandemia, em um contexto de adoção de múltiplas formas de gestão, propiciou espaço rico para análise das respostas dos modelos de gestão utilizados, considerando as bases elementares, princípios e diretrizes que conformam o SUS e cujos resultados podem colaborar com informações que possam ser discutidas sobre as características, o funcionamento e a eficácia dos modelos de gestão.

Durante a pandemia, a gestão nacional apresentou-se pouco sensível às contribuições da academia. Em um processo de desinformação que refuta e desqualifica o conhecimento científico, ocorreu uma disputa pela centralidade de ação calcada em preceitos sem respaldo da comunidade acadêmica nacional e internacional. Perceberam-se os efeitos de um nicho da sociedade que mescla opiniões populares e dissemina informações sem embasamento científico. As chamadas *fake news*²⁶⁻²⁸ conduzem expressiva parte da população a voltar-se contra a academia e adotar comportamentos sanitários inadequados. Nesse sentido, o gestor federal, ao invés de somar os esforços da academia, da coletividade e de instituições consagradas, para potencializar estratégias de enfrentamento para a crise sanitária, dissipou o foco e a fonte de conhecimento que nortearam as orientações sanitárias.

No campo político, a crise causada pela pandemia moveu os três poderes da República, que se posicionaram de diferentes formas, muitas vezes na contramão da defesa dos interesses do SUS. Assim, exibiu-se a fragilidade da política de saúde brasileira, ampliaram-se tensões na organização social, que impregnaram desinformação e mostraram a carência de suporte célere à tomada de decisão para articular arranjos de gestão e de governança pública, com rápida resposta à superação da crise. Nessa acepção, verifica-se, cada vez mais, que a vida das políticas públicas de saúde brasileira tem tido duração de ciclos de governo, por sua frágil capacidade de sustentação de políticas de Estado, fato que repercute em questões inerentes à gestão, ao planejamento em saúde e à própria efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

A compreensão de que a política de saúde é uma resposta social oportunizada, no caso brasileiro pelo Estado, reconhecida na Constituição Cidadã, demanda reconhecimento de forças que atuam no poder em saúde (*Politics*) e das ações que conduzem a política: as diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*)²⁹, ou seja, um *mix* de poder e diretrizes que orienta a formulação de uma agenda. Nesse sentido, as relações do Estado com a sociedade e suas ações para promover melhores condições de saúde da população devem orientar a ação política, que é rodeada de fatores do campo econômico-social, da participação e controle social, da economia da saúde³⁰, sendo a gestão o encontro, a conexão dessas relações.

O SUS, em sua organização federativa, norteou-se por um entendimento de cooperação entre os entes federados. Trata-se de uma cessão que promove alcance de um bem coletivo comum, por meio da divisão da autonomia das partes constituintes³¹, sustentada por uma coordenação federativa de integração e compartilhamento conjunto das decisões que garante autonomia e equilíbrio entre os entes³². Na pandemia, a coordenação federativa e a competência das instâncias ante a postura da gestão federal aos estados e municípios levaram à histórica decisão de judicialização do tema, determinando o Supremo Tribunal Federal (STF) que a autonomia administrativa era de providência dos entes federativos³³. Essa situação abriu diferentes frentes de proposituras de ações de enfrentamento nos estados e municípios, sem uma articulação federal para enfrentar uma crise que é nacional. Ou seja, o cenário da pandemia mostrou a importância da discussão sobre a função dos entes federativos na condução da política do sistema federativo brasileiro em face das tensões que as decisões provocaram na tentativa de redução dos efeitos emergenciais de saúde.

A coordenação nacional, que deve representar *expertise* na condução de estratégias e ações epidemiológicas para o controle e bloqueio das cadeias de transmissão, além de ser tática em respostas logísticas, não se efetivou de forma resolutiva na resposta sanitária. Destacou-se que a

gestão em saúde, na pandemia, deixou transparecer um conflito na relação tripartite, com distanciamento dos conselhos e colegiados para a tomada de decisão.

O MS, responsável por promover políticas públicas para garantia do direito à saúde, no enfrentamento da pandemia, mostrou dificuldade de projetar-se na coordenação de um plano nacional e sua atuação marginalizou a liderança, o que abriu espaços para que organizações governamentais e não governamentais fossem criadas para responder às necessidades regionais. Entende-se que, para o enfrentamento da pandemia, em uma expectativa de articular atores e recursos, de diferentes esferas e fóruns, a coordenação foi pouco sincronizada e os processos decisórios acerca de políticas públicas de saúde revelaram frágil autonomia técnica da gestão do sistema, justo no momento em que a segmentação da atenção, causada por desigualdades regionais, requer efetiva coordenação.

As trocas subsequentes de ministros da saúde em plena pandemia – fase cuja celeridade e o censo de oportunidade repercutiram, especialmente na tomada de decisão e no alcance de resultados desejáveis – simbolizam descontinuidade de gestão na propositura de planos, diretrizes e ações emergenciais. O painel ampliado e complexo de ações, pelo qual o gestor no MS deve responder, tem sido assumido por alguns atores que conhecem o SUS superficialmente, estão estrategicamente em pontos decisórios imbuídos de poder sob a área técnica, reduzindo a sua capacidade de orientar a tomada de decisão e fragilizando a gestão do sistema de saúde. Exemplo da situação explicitada foram as disputas de discursos ideológicos desses atores que ocupam pastas importantes na gestão, em contraste com pareceres técnico-científicos elaborados por comitês e sociedades científicas, em torno do tratamento da Covid-19 e da eficácia da vacinação. Houve desvalorização das análises realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde³, além do afastamento na negociação de insumos para atender à crise sanitária, criando um campo de disputa entre os estados para adquiri-los, inclusive competindo com o setor privado. Essa situação postergou as ações do MS em contratos para a vacina contra a Covid-19.

A postura de minimização do papel regulador do MS, ocasionada por um duelo político que divide as frentes de trabalho, acirra-se pela apresentação de interesses e poder que o sistema de saúde privado detém na gestão do SUS, ampliando a complexidade da gestão do Sistema, repercutindo em desigualdade no acesso e concentração de serviços de densidade tecnológica que não se respaldam na lógica do processo regionalizado do SUS. É pertinente reconhecer que, no caso brasileiro, o setor privado da saúde não deseja pôr fim ao SUS, mas deter condições que o torne estratégico na sustentação da garantia da saúde como um direito de todos. Tal constatação postula

uma análise criteriosa das proposituras e da própria mercantilização da saúde ante a necessidade emergente de atenção para o campo de que saúde é fator de desenvolvimento do Estado.

Quanto à atuação do MS, no que se refere à macro-organização da gestão por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no início da pandemia, as orientações emitidas em publicações direcionadas aos entes federados alinhavam-se às recomendações das organizações internacionais. A SVS mostrou proatividade e rapidez em organizar comitês de monitoramento para articular ações de enfrentamento às emergências em saúde pública, percebeu-se preocupação com a logística e abastecimento de insumos para a assistência ao paciente com Covid-19. No entanto, a contribuição da vigilância epidemiológica expressou conflito na condução do enfrentamento e as estratégias se dissiparam, inclusive com a redução da publicação de boletins epidemiológicos³⁴. O apagão de dados do MS em plena pandemia, causado por um ataque de *hackers*, tornou-se um espaço de discussão na gestão sobre as dificuldades de planejamento e das distorções que essa ação poderá desencadear.

A minimização na função de competências de coordenação da vigilância em saúde, pelo MS, ficou evidente em sua pouca resposta às emergências sanitárias em diferentes regiões do país, nas quais a crise de saúde ocasionou cenas de colapso do sistema de saúde²⁴, revelando que a morbimortalidade durante a pandemia possui interface socioeconômica e étnica³⁵, permitindo inferir que a iniquidade se agravou. Para além da atenção à pandemia, a desaceleração ou interrupção da atenção às condições crônicas não agudizadas, agudizadas e agudas não referentes à Covid-19 promoveu agravamento das condições com repercussão em mortes, além de acarretar alto impacto econômico-financeiro nos sistemas de saúde³⁶.

As lacunas de investimento no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), que fortaleceria o SUS, nas dimensões econômicas e de desenvolvimento, mostrou à gestão em saúde, diante da crise sanitária, a necessidade de pautar ações que predisõem a posição estratégica de fomento do MS a essa área. Nessa perspectiva, somente uma postura de compreensão da gestão federal sobre esse projeto estrutural no sistema de saúde, com reanálise do impacto das regras fiscais sobre o financiamento e a intranquilidade do federalismo fiscal da oferta de serviços, com atenção às relações público-privadas, e os reflexos do CEIS¹⁰ no avanço sustentável do Sistema é que possibilitará criar mecanismos de articulação para garantir a saúde como fator de desenvolvimento do Estado, tendo o SUS como seu projeto.

Outro aspecto diz respeito à proatividade de articular com os conselhos de classe medidas protetivas para delinear, embasado em evidências científicas, condutas profissionais. Tal fato expôs um viés político na ação prática profissional que divergiu e onerou o cofre público, diante de outras

medidas que poderiam relacionar respostas mais efetivas no enfrentamento da pandemia³⁷. O cenário requereu rápida articulação das entidades da saúde coletiva e da sociedade civil na constituição de uma Frente pela Vida³⁸ com proposta de um plano, resultado de um planejamento participativo, que oportunizou à gestão federal pensar caminhos para conter a pandemia e acolher demandas do sistema de saúde. No entanto, a saída de gestores com formação sanitária, que estão imbuídos na defesa do SUS, de cargos importantes do MS acaba distanciando a interlocução com as entidades da saúde coletiva no interior do aparelho do Estado.

Para além do exposto, na pandemia, a descentralização técnico-administrativa pautada na regionalização favoreceu, de certa forma, o enfrentamento da crise sanitária. Entretanto, a universalização *versus* a focalização do acesso à saúde tornou-se questão e tensão permanente que tem desafiado o SUS enquanto projeto de Estado, além da histórica desigualdade na distribuição de serviços de saúde no território nacional, bem como a não opção pelo investimento na infraestrutura pública de atenção à saúde³⁹. Apesar dos avanços, os instrumentos de gestão, intersecções entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual, ligados ao planejamento governamental, ainda valorizam mais as relações de poder e assimetria nas ações governamentais do que a ênfase em iniciativas importantes para a elaboração de uma agenda que fortaleça a regionalização da saúde, ante as responsabilidades dos entes federados para garantir e aperfeiçoar o funcionamento do SUS. Observa-se que o Plano Plurianual apresentado para o período 2020-2023 é austero e representará consequências para o desenvolvimento do país, tanto pela redução de metas regionalizadas quanto pela sua restrição como instrumento fiscal⁴⁰.

O cenário pandêmico expôs elementos que intensificaram a problemática da gestão, contribuindo para aumentar as dificuldades de implementar uma pactuação regional fundamentada em um planejamento capaz de sustentar a resposta do SUS na dinâmica regional. Ou seja, permite nova reflexão sobre as regiões de saúde, tanto por apontar oportunidades quanto limitações para atenção à saúde. Realizar a análise dos efeitos da pandemia nas macrorregiões de saúde deveria emergir como prioridade da gestão, em uma proposta para fortalecer a reestruturação de serviços e ações de saúde do SUS, na ótica da equidade e da integralidade.

Um importante aliado na condução da base do planejamento e da tomada de decisão diz respeito ao uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que, na pandemia, mostraram sua potencialidade, tal como sua frágil utilização. De certa forma, os SIS foram questionados quanto à sua legitimidade pelo gestor federal, situação que desencadeou uma frente de consórcios não governamentais e de órgãos colegiados para manter a informação a ser dirigida aos gestores estaduais, municipais e à sociedade sobre a situação da pandemia no país. Não obstante, o uso dos

SIS pela gestão precisa respeitar a lógica das necessidades emergentes do território, sem se limitar aos interesses mercadológicos. Entretanto, verifica-se, muitas vezes, que a expansão da rede de atenção tem pouca conexão às reais necessidades de saúde locais, externa à baixa capacidade da gestão pública para direcionar a organização e expansão equitativa do sistema de saúde por meio dos SIS.

Os efeitos da pandemia possibilitam reafirmar à sociedade e aos gestores que a organização do cuidado perpassa pela programação dos serviços e sua capacidade instalada, por reconhecer os cenários epidemiológicos e a composição da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de maximizar possibilidades de suporte à vida e diminuir a transmissão do agravo⁴¹. Respalda-se a constatação pela concepção universalista do SUS, resguardada como proteção social, que revela urgência em restaurar dimensões e ações que permitam alcançar o acesso universal e efetivar a forma proposta constitucionalmente, ensejo que não se adequa às propostas de reformas administrativas atuais^{15,19,21}.

Diante das questões apresentadas entende-se que é valioso e fundamental resgatar discussões que endossaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde ao conceber a saúde como um direito social atrelado à cidadania e que requer do aparelho estatal mudanças na organização econômica e na estrutura jurídico-política da distribuição de bens e serviços. Assim, analisar a participação social na gestão a partir da consigna “saúde é democracia” pode revelar caminhos de sustentação do SUS. A participação social em momentos de epidemias foi tida como estratégia para mobilização de forças no controle da doença⁴². Trata-se de um contexto no qual o princípio de participação da comunidade na gestão, respaldado constitucionalmente, diz respeito à presença do próprio direito à saúde.

É consenso a importância da participação social na elaboração das políticas de saúde, mas também é preciso ter clareza que a participação na gestão das políticas públicas de saúde não depende apenas da existência formal das instâncias de controle social, é preciso compreender os espaços sociais para construir o dinamismo e protagonismo desejados⁴³. Por isso, no pós-pandemia, revisitar o espaço institucionalizado da participação – os conselhos de saúde – e outros espaços de organização da sociedade civil que sustentaram propostas propositivas de enfrentamento à pandemia poderá estabelecer um rico ambiente de oportunidades de análise de respostas, a partir das experiências vivenciadas, conceder espaços de propositura de direcionamento à gestão e à política de saúde brasileira.

No Brasil, a participação social amplamente discutida e que se potencializou por meio da publicação da Política Nacional de Participação Social (PNPS), em 2014, para o espaço nas instâncias

de controle social, inclusive as de caráter deliberativo, desde 2017 vem sofrendo tônica redução dos canais de comunicação da gestão com a participação social para a elaboração das políticas públicas, tornando-se ainda mais reprimida com a publicação do Decreto nº 9.759/19⁴⁴. Assim, consolida-se a supressão da participação democrática, com redução do espaço de cidadania e forte risco para sustentação das políticas de proteção social. Marca-se na gestão um fenômeno que demonstra a forma que cada arranjo governamental institui, em seu mandato, as interações entre Estado e sociedade.

É certo que a potência do SUS como um sistema universal, ao reconhecer a participação social na sua construção, fica enfraquecida diante da escassez dessa em sua gestão para a proposição do planejamento, espaços legítimos de atuação em sua defesa e aprimoramento. Verifica-se que a participação social na gestão, no SUS, é compreendida como problema teórico e político fundamental, arena que viabilizou o avanço da institucionalidade do SUS⁴⁵, porém, requer investidura que permita avançar na gestão dos serviços e sistema.

Em face das ações que desencadearam a crise sanitária brasileira, compete retomar a análise sobre a constituição de sujeito social⁴⁶ ao tornar-se um ator social com alcance de projetar na agenda do Estado uma ideologia, na concepção de que a organização desses atores expressa as relações sociais na construção política de produção da vida e da dimensão econômica. Como estratégia política e de gestão para o fortalecimento do SUS, que questione a não garantia do direito à saúde e de enfrentamento das ações que amplificam as desigualdades sociais e das relações de subordinação, existe uma aposta de construir identidades coletivas que se fortaleçam por vínculos de solidariedade entre os indivíduos e que sejam capazes de formar sujeitos políticos^{15,47}. Assim, é necessário investir na formação de sujeitos da práxis, justamente porque há distintos sujeitos em formação por diferentes movimentos sociais, militantes progressistas e conservadores, e que transitam por projetos em disputa na saúde⁴⁸.

Registram-se iniciativas para o avanço do arcabouço legal do SUS, por meio da gestão colegiada e protagonizadas pelos conselhos de saúde nacional, estadual e municipal que devem ser valorizadas, mas que ainda não conseguiram atingir a sociedade como um todo. A sociedade, por sua vez, mescla sua experiência como usuários do SUS e a ideia que a mídia lhe oferece. Haja vista agora, durante a pandemia, a ligeira mudança que houve no olhar voltado ao SUS, desde que as grandes mídias passaram a elogiar a sua atuação. Antes, ganhavam visibilidade algumas ações de excelência de alta complexidade tecnológica ou as grandes mazelas que eram registradas na peregrinação do usuário por acesso à saúde.

Cabe ressaltar que o enfoque no aperfeiçoamento da participação social é premente para melhorar o espaço da gestão colegiada e da própria participação cidadã na democracia. O cenário atual permite refletir como o perfil de participação social vigente e/ou desejável, os sujeitos sociais, os espaços de exercício democrático e a relação da gestão com a sociedade têm propiciado diferentes oportunidades e respostas para a manutenção do direito à saúde, no SUS. Espera-se que a pandemia seja um fator acionador do espaço de participação social na gestão do SUS em defesa do lema “saúde não é mercadoria”, se houver a compreensão da sociedade acerca do sistema público de saúde como um direito social conquistado.

No âmbito da gestão muitas iniciativas têm potencial para promover transformação no processo de trabalho do SUS, a exemplo a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). No entanto, o que se percebe quando se analisa a atuação dessas propostas é que se tornaram marcas de governo e sofreram transformações e/ou praticamente foram esquecidas, como a PNH, nas transições de gestão e de gestores.

A PNEPS, proposta que endossou uma ação estratégica à gestão em saúde para transformar os processos formativos e as práticas de saúde que qualifiquem a atenção, a organização das ações e dos serviços de saúde, apesar de avançar no eixo da gestão do trabalho na identificação das necessidades educacionais de formação dos profissionais de saúde, para atender às necessidades do SUS, transformou-se em um espaço mais próximo dos aspectos técnicos da prática em saúde do que dos aspectos da gestão. Perde-se um espaço de ampliar o comprometimento com a política de saúde em defesa do SUS, enquanto formação de sujeitos políticos que elaborem estratégias de sustentação do SUS. Mesmo com a proposta do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), em 2015, gestores pouco oportunizaram esse espaço de gestão colegiada com os trabalhadores, usuários do SUS e instituições formadoras de ensino superior da área da saúde, para equacionar elementos que fortaleçam a capacidade operacional do Sistema nas diversas regiões de saúde.

Ações da gestão devem perpassar pela agenda política de formação de recursos humanos em saúde que transita por espaços de instituições de ensino públicas e privadas, com substancial ampliação de vagas no setor privado, demandando analisar as relações entre a dinâmica do mercado de trabalho de profissionais da saúde e o mercado de ensino superior diante das distintas relações e características que cercam essas instituições, sob os princípios que regem a sustentação de um sistema universal como o SUS⁴⁹.

Na formação de uma frente de defesa do SUS, deve ser reconhecida a potência da força de trabalho em saúde que faz acontecer o Sistema, mas que sofre os efeitos decorrentes das condições de formação, tanto na academia quanto em serviço, da precarização das relações de trabalho, baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, baixa fixação e o dimensionamento inadequado do quadro de pessoal, entre outros aspectos⁵⁰. Além disso, as formas de contratação de pessoal por meio de parcerias público-privadas e OSS podem representar a situação de profissionais cuja fragilidade de vínculo repercute em problemas de identidade e que, mesmo sendo contratados por um respaldo financeiro público do SUS, sua imagem é de representação da empresa que os admitiu e, conseqüentemente, segue sob esse domínio.

É possível constatar na história que não há uma deliberada opção pelo SUS dentro dos governos. Nenhum governo ainda abraçou totalmente o SUS, alguns foram melhores sem dúvida, mas é preciso pontuar essa questão. Há, no Brasil, uma política de Estado que não é totalmente defendida pelos governos, que mesclam os seus interesses com os interesses públicos. É preciso ter uma verdadeira opção dos governos pelo SUS, universal, equânime e integral, e uma mobilização nacional que permita à sociedade em geral conhecê-lo melhor para poder defendê-lo. Trata-se de missão árdua, que possui interface com quem é colocado na gestão.

Vale a pena pautar as intensas lutas travadas para organizar, estruturar e colocar esse sistema de saúde em funcionamento nos 27 estados e 5.570 municípios brasileiros. O SUS configura-se como uma fortaleza disseminada em todos os municípios e, se não fosse tal estrutura, como enfrentar-se-ia essa pandemia? Ou seja, a pandemia evidencia a importância dos sistemas universais em saúde, mas exige do SUS uma gestão propositiva, ético-política, que seja obediente aos princípios constitucionais, e exercida em cada esfera de governo por gestores que compreendam a dinâmica e responsabilidade na condução de um sistema de saúde fundado em um processo democrático e sob princípios de solidariedade social, em respeito à cidadania para o alcance dos direitos humanos. Por isso, cabe repensar qual é o tipo de gestão em saúde e de gestores que melhor se conformam, enquanto agentes sociais da gestão em face do modelo assistencial proposto para o SUS, quais os conhecimentos e habilidades necessários e as melhores práticas a serem transmitidas no espaço da gestão colegiada.

Utilizar dos reflexos que uma crise provoca em uma sociedade é uma oportunidade de promover mudanças estratégicas para a ruptura de problemas que alimentam a crise. No entanto, se a condição dos problemas não for corrigida uma calamitosa reação em cadeia acontecerá, na qual o Estado e o governo ao invés de reduzirem as causas, alimentam a situação³². Nesse sentido, o atual cenário revela a necessidade de realinhar propostas, refazer as alianças capazes de

estabilizar e traçar novas estratégias que forneçam respostas para os desafios do modelo de atenção à saúde, que já enfrentava a transição demográfica e epidemiológica percebidas na ocorrência das doenças crônicas e não transmissíveis e nos agravos agudos e emergenciais e as várias faces da violência. Requer ação tática que perpassasse as mudanças de governos e reforce o compromisso assumido tanto com a Constituição de 1988 quanto com o pacto político com a cidadania e não com os interesses do mercado.

Desponta a necessidade de avançar em políticas sociais e de saúde que revisitem as bases conceituais e metodológicas de abordagem equitativa em saúde. Nessa lógica, o movimento de atores da RSB deve reconhecer os novos sujeitos que possam compartilhar força de trabalho, em defesa do SUS, e convocar a sociedade na sustentação da defesa da saúde enquanto direito. Faz-se um convite à luta por parte da sociedade e do movimento sanitário brasileiro para retomar a saúde como questão social, em defesa da saúde pública prevista na dimensão política, econômica e tecnológica desse país, resguardando a proteção dos direitos humanos no desenvolvimento do Estado com base na sustentação institucional do SUS.

Considerações finais

Retoma-se aqui os questionamentos inicialmente realizados para refletir que no cenário brasileiro, cercado de disputas de interesses e crises políticas, sociais e econômicas, a pandemia expôs a crise sanitária e de desarticulação da gestão no SUS, desde muito reconhecida em suas limitações, mas que vive uma fase especialmente crítica, cujo impacto só não é mais catastrófico graças ao empenho consolidado de uma estrutura organizativa colegiada que ainda resiste em sua defesa. A fragmentação das ações e serviços de saúde coaduna no contexto econômico, na transição política, na ausência da sociedade civil na definição de objetivos, metas e prioridades, somados às desigualdades nas condições políticas, financeiras, técnicas entre os entes federados, o que acaba dificultando o avanço do princípio da integralidade do cuidado no SUS.

O panorama da pandemia, no Brasil, oportuniza a retomada da discussão sobre os elementos apresentados neste ensaio, que têm permeado a gestão do SUS nesses mais de 30 anos. Vale retomar as experiências de sucesso e fracasso da organização da atenção em outros momentos de surtos de doenças no país que, no atual contexto, oportunizam importante espaço de aprendizado para a gestão embasar lições estratégicas.

Oportunamente momentos de crise são ocasiões para a reflexão e reação em promover realinhamento de projetos, corrigir erros e avançar em soluções. A capacidade de resistir para

garantia de um sistema de proteção social e tendo o SUS como um dos projetos que compõem essa agenda está presente em forças vivas de organizações e comunidades de ciência e tecnologia. Porém, requer a presença da sociedade civil organizada e dos grupos que consolidam vínculos de solidariedade capazes de formar sujeitos políticos para a defesa do SUS nas instâncias de gestão, com forte liderança para articular setores que comunguem a favor da autonomia da gestão pública de saúde. O contexto reivindica o resgate de uma política a ser construída em múltiplos espaços da sociedade, em defesa do aparato político-organizacional do sistema de proteção social brasileiro, condição basilar para avançar na saúde como um direito social fundamental à vida digna.

Referências

1. Rosenthal U, Boin A, Comfort LK. The Changing World of Crisis and Crisis Management. In: Rosenthal U, Boin A, Comfort LK. Managing crises: threats, dilemmas and opportunities. Springfield: Charles CThomas; 2001.
2. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, Filho AS. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1642-50.
3. Vieira FS, Servo LMSS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde debate. 2020; 44(esp4):100-13.
4. Bodra MEFA, Dallari SG. Health and private initiative in the Brazilian Federal Constitution of 1988: Legal Principles. R Dir sanit. 2020; 20(3):240-60.
5. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. Saúde debate. 2018; 42(spe3):158-71.
6. Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). Cad Saúde Pública. 2018; 34(4):e00114217.
7. Marinho PS. Gestão participativa nas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde: principais componentes e desafios. Cad Ibero-Americanos Direito Sanit. 2015;4(2).
8. Rossi P, Dweck, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. Cad Saúde Pública. 2016. 32(12):e00194316.
9. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate [online]. 2016. 40(spe):122-35.
10. Dweck E, Moretti B, Melo MFGC. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. Cad Desenv. 2021. 16(4).
11. Mendes ÁN. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. Futuros do Brasil: Textos para debate. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
12. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. Ciência & Saúde Col [online]. 2020;25(5):1619-28.
13. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trabalho Educação e Saúde. 2016;14(Sup1):15-43.

14. Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC. (org.). Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47.
15. Cohn A, Gleriano JS. A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. *Revista De Direito Sanitário*, 2021;21, e0012.
16. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, Benevides RPS. SUS financing and Covid-19: history, federative participation, and responses to the pandemic. *Saúde debate*. 2020; 44(spe.4):114-129.
17. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Est Avanç*. 2018;32(92):47-61.
18. Pinto ÉG. Guerra fiscal de despesas na pactuação federativa do SUS: um ensaio sobre a instabilidade de regime jurídico do piso federal em saúde. In: Santos AO, Lopes LT, (Orgs). Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília (DF): Conass; 2018.
19. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. educ. saúde*. 2008; 6(3):573-98.
20. Galina D, Bernardo JV. Empresas brasileiras continuam doando para mitigar os efeitos da covid-19 [internet]. *Forbes*; 2020.
21. Bousquat A, Akerman M, Mendes A, Louvison M, Frazão P, Narvai PC. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*. 2021; (128):13-26.
22. Schimidt F, Mello J, Cavacante P. Estratégias de coordenação governamental na Crise da Covid-19. *Bol. Anál. Político-Instit.*2021;(22):13-23, 20200402.
23. Souto FRL, Travassos P. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. *Saúde Debate*. 2020;44(126):587-92.
24. Massuda A, Malik AM, Neto GV, Tasca R, Ferreira-Júnior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cadernos EBAPE.BR*. 2021;19(spe):735-744.
25. Gleriano JS, Fabor GCR, Tomaz WB, Goulart BF, Chaves LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Escola Anna Nery* [online]. 2020;24(spe):e20200188.
26. Rêgo AR, Barbosa M. A construção intencional da ignorância: o mercado das informações falsas. Rio de Janeiro: Maud, 2020.
27. Marinoni B, Galassi V. Aspectos da desinformação, capitalismo e crises. In: Martins H. (Org.) *Desinformação Crise Política e Saídas Democráticas para as Fake News*. São Paulo: Veneta, 2020, p. 22-49.
28. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. COVID-19: As fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em: 22 jan 2022];36(7):e00101920.
29. Paim JS, Teixeira CF. Policy, planning and health management: the current understanding. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(spe):73-8.
30. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde* [internet]. 2. ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
31. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec*. 2004;18(2):17-26.
32. Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, Ministério da Saúde; 2013.

33. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Brasília (DF): STF; 2020.
34. Mota E, Teixeira MG. Vigilância epidemiológica e a pandemia da Covid-19 no Brasil: Elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes. *Saúde debate*. 2020; 44(spe.4):130-145.
35. Karmakar M, Lantz PM, Tipirneni R. Association of Social and Demographic Factors With COVID-19 Incidence and Death Rates in the US. *JAMA Netw Open*.2021;4(1):e2036462.
36. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília. CONASS. 2020. 92p.
37. Santos-Pinto CDB, Miranda ES, Castro CGSO. “Kit-covid” and the Popular Pharmacy Program in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2021;37(2):e00348020.
38. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (BR), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (BR), Associação Brasileira Rede Unida (BR), Associação Brasileira de Economia em Saúde (BR), Associação Brasileira de Saúde Mental (BR), Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BR), et al. Plano nacional de enfrentamento à pandemia da covid-19. Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020.
39. Avaliação de desempenho do sistema de saúde (PROADESS). Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Proadess: Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
40. Couto LF, Júnior JCC. A função dos planos plurianuais no direcionamento dos orçamentos anuais: avaliação da trajetória dos PPAS no cumprimento da sua missão constitucional e o lugar do PPA 2020-2023. Brasília (DF): Ipea; 2020.
41. Portela MC, Grabois V, Travassos C. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Série linha de cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde: Fiocruz; 2020.
42. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plan*. 2014; 29(suppl2):98-106.
43. Guizard FL. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trab. Educ. Saúde*. 2009;7(1):9-34.
44. Brasil. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília (DF): Presidência da República; 2019.
45. Guizardi FL, Cavalcanti FO. Health management: nexuses between institutional daily routine and political participation in SUS. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):633-45.
46. Testa M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
47. Campos GWS. Future prospects for the SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):1707-14.
48. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde debate*. 2017; 41(spe):255-64.
49. Franco TA, Vidaurre e Poz MR. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. *Trabalho, Educ Saúde*. 2018;16(3):1017-37.
50. Machado MH, Ximenes FRGN. The Management of Work and Education in Brazil’s Unified Health System: thirty years of progress and challenges. *Ciênc saúde colet*. 2018; 23(6):1971-79.

Submissão: 15/10/2021

Aceite: 14/02/2022