



## Gestão Pública e Gestão do Cuidado de Enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): Condições de Trabalho, Liderança e Segurança do Cuidado

### *Public Management and Nursing Care Management in the Brazilian Unified Health System (SUS): Working Conditions, Leadership, and Care Safety*

Ana Paula Ribeiro de Moraes

Risolene Maria da Silva Santos

Renata Alves de Oliveira

Sandra Miranda dos Santos

Ana Paula Rodrigues

Elisabete dos Santos

Gina Kelly Pereira Ayres

Elaine Bergamasco Gomes Vêga

Nádia Rosa da Silva

Fernanda Lopes de Brito da Silva

**Resumo:** Objetivo: Refletir sobre as interfaces entre gestão pública e gestão do cuidado de enfermagem no SUS, considerando as condições de trabalho, o dimensionamento da força de trabalho, o ambiente de prática, a liderança e a segurança da assistência. Método: Trata-se de um estudo de reflexão construído a partir de diálogo crítico com literatura científica e documentos normativos relacionados à gestão do trabalho, enfermagem, educação permanente, qualidade e segurança do cuidado. A reflexão parte da compreensão de que decisões produzidas no âmbito da gestão pública repercutem sobre a organização dos serviços e, conseqüentemente, sobre as possibilidades concretas de produção do cuidado. Resultados: Evidências recentes demonstram associações entre ambiente de prática, dimensionamento, liderança e diferentes resultados relacionados à segurança e à qualidade assistencial. Defende-se, portanto, que a gestão do cuidado de enfermagem não pode ser compreendida como responsabilidade exclusivamente individual do enfermeiro, uma vez que sua efetividade depende de condições organizacionais e políticas produzidas nos diferentes níveis de gestão do SUS. Considerações Finais: Fortalecer a gestão pública implica também criar condições para que a enfermagem exerça plenamente suas competências clínicas, gerenciais, educativas e políticas, deslocando a discussão da responsabilização individual para uma perspectiva institucional e sistêmica da qualidade e da segurança do cuidado.

**Palavras-chave:** enfermagem; gestão em saúde; segurança do paciente; sistema único de saúde.

**Abstract:** Objective: To reflect on the interfaces between public management and nursing care management within the Brazilian Unified Health System (SUS), considering working conditions, workforce staffing, practice environment, leadership, and care safety. Method: This is a theoretical-reflective study based on critical dialogue with scientific literature and normative documents addressing workforce management, nursing, continuing health education, quality,

and care safety. The reflection is grounded in the understanding that decisions made within public management affect the organization of health services and, consequently, the concrete possibilities of care delivery. Results: Recent evidence demonstrates associations between the practice environment, workforce staffing, leadership, and different outcomes related to safety and quality of care. Therefore, nursing care management cannot be understood as the sole responsibility of nurses, since its effectiveness depends on organizational and political conditions produced at different levels of SUS management. Final Considerations: Strengthening public management also requires creating conditions for nurses to fully exercise their clinical, managerial, educational, and political competencies, shifting the discussion from individual accountability toward an institutional and systemic perspective on the quality and safety of care.

**Keywords:** nursing; health management; patient safety; unified health system.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) materializa o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado. Sua consolidação pressupõe muito mais do que a oferta de serviços assistenciais: exige capacidade de planejamento, financiamento, organização das redes de atenção, gestão do trabalho, educação permanente, avaliação e tomada de decisão orientada pelas necessidades da população. Em um sistema dessa complexidade, as decisões produzidas nos diferentes níveis da gestão pública não permanecem circunscritas ao campo administrativo. Elas repercutem sobre o cotidiano dos serviços e, conseqüentemente, sobre as condições concretas nas quais o cuidado é produzido.

Essa relação torna-se particularmente relevante quando se considera a enfermagem. Presente de forma transversal nos diferentes pontos da rede de atenção e responsável por uma parcela expressiva das ações de cuidado, a enfermagem incide nos processos de continuidade da assistência, coordenação, educação em saúde e na articulação entre usuários, equipes e serviços. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no relatório *State of the World's Nursing 2025*, destaca educação, emprego, condições de trabalho, liderança e prestação de serviços como dimensões estratégicas para o fortalecimento da força de trabalho de enfermagem e, conseqüentemente, dos sistemas de saúde (WHO, 2025).

Características do ambiente de prática, disponibilidade de trabalhadores, organização do trabalho e liderança estão associadas a resultados relevantes para pacientes e profissionais, isso significa que se uma decisão aparentemente administrativa, como a quantidade de pacientes atribuída a cada enfermeiro, pode repercutir sobre um desfecho clínico, então a gestão passa a integrar o próprio processo de produção do cuidado (Al-ghraiya *et al.*, 2024). Essa compreensão é reforçada no estudo de Juvé-udina *et al.* (2025) que encontrou associação entre cobertura de profissionais de enfermagem e desfechos como mortalidade, readmissão e eventos adversos. No mesmo sentido, uma intervenção de política de dimensionamento mínimo, realizada na Austrália, demonstrou melhora no bem-estar dos enfermeiros e na segurança do paciente após sua implementação (Lasater *et al.*, 2025).

É nesse ponto que se estabelece a questão central deste estudo: se as condições de trabalho são produzidas, em parte, por decisões de gestão, em que medida é possível responsabilizar individualmente o enfermeiro pela qualidade e segurança do cuidado sem considerar as condições organizacionais e políticas nas quais esse cuidado é produzido? Essa questão não pretende retirar do profissional suas responsabilidades técnicas, éticas e legais. Ao contrário, busca situá-las dentro de um sistema mais amplo de responsabilidades compartilhadas. O enfermeiro possui papel fundamental na gestão do cuidado, mas sua capacidade de exercê-lo depende de condições que não estão integralmente sob seu controle. Assim, objetiva-se refletir sobre as interfaces entre gestão pública e gestão do cuidado de enfermagem no SUS, com ênfase nas condições de trabalho, no dimensionamento da força de trabalho, na liderança e na segurança da assistência.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de reflexão teórico-crítica, de natureza qualitativa e de caráter argumentativo, elaborado a partir do diálogo entre literatura científica contemporânea e documentos normativos relacionados à gestão pública, gestão do trabalho em saúde, gestão do cuidado de enfermagem, educação permanente, liderança, dimensionamento da força de trabalho, qualidade e segurança da assistência. A opção por esse delineamento decorre da natureza do objeto analisado, que demanda articulação conceitual entre diferentes dimensões da organização dos serviços de saúde e não a mensuração de um fenômeno específico ou a síntese sistemática de evidências.

A construção da reflexão foi orientada por uma busca bibliográfica direcionada, realizada com o propósito de identificar produções científicas pertinentes aos eixos temáticos centrais do manuscrito. Foram priorizados estudos contemporâneos capazes de subsidiar a discussão sobre ambiente de prática, dimensionamento e cobertura da força de trabalho de enfermagem, liderança, segurança do paciente, qualidade da assistência e organização do trabalho. Também foram consultados documentos oficiais brasileiros e internacionais considerados relevantes para a compreensão das políticas e diretrizes relacionadas à gestão do trabalho e à educação permanente em saúde.

A análise do material selecionado ocorreu de forma interpretativa e crítica, mediante aproximação entre os achados da literatura, os marcos normativos e os pressupostos da gestão pública e da gestão do cuidado de enfermagem no SUS. A argumentação foi organizada a partir da compreensão de que o cuidado de enfermagem constitui uma prática simultaneamente clínica, gerencial, educativa e política e que seus resultados são influenciados não apenas pela atuação individual dos profissionais, mas também pelas condições organizacionais, pela disponibilidade e distribuição da força de trabalho, pelo ambiente de prática, pelos processos de liderança e pelas políticas institucionais. Assim, a reflexão procurou deslocar a análise de uma perspectiva centrada exclusivamente na responsabilização individual para uma compreensão sistêmica da qualidade e da segurança do cuidado.

## DESENVOLVIMENTO

### Gestão Pública, Trabalho e Produção do Cuidado

Compreender a relação entre gestão pública e cuidado de enfermagem exige ampliar a própria concepção de gestão. Em uma perspectiva restrita, administrar um serviço significa organizar recursos financeiros, materiais e humanos para garantir seu funcionamento. Em uma perspectiva mais abrangente, porém, gerir significa produzir condições para que os objetivos institucionais e sanitários possam ser efetivamente alcançados. No campo da saúde, essa distinção é fundamental. Uma decisão relacionada ao financiamento pode alterar a disponibilidade de profissionais e equipamentos; uma política de contratação pode modificar a composição da força de trabalho; uma mudança no modelo assistencial pode reorganizar fluxos e responsabilidades; uma estratégia de educação permanente pode transformar competências e práticas; e uma decisão tecnológica pode modificar profundamente o processo de trabalho. Assim, as decisões administrativas não são neutras em relação ao cuidado.

Essa compreensão encontra respaldo nas políticas brasileiras de gestão do trabalho e educação na saúde. A criação do Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.168/2023, expressa o reconhecimento de que a gestão do trabalho constitui dimensão estratégica para o fortalecimento do SUS (Brasil, 2023). O trabalhador deixa, nessa perspectiva, de ser compreendido apenas como recurso necessário ao funcionamento dos serviços e passa a ser reconhecido como sujeito central da produção da saúde. Essa mudança de perspectiva é particularmente importante para a enfermagem. Quando se discute força de trabalho, não basta perguntar quantos profissionais estão disponíveis. É necessário considerar em que condições trabalham, como são distribuídos, que grau de autonomia possuem, como participam das decisões, que recursos estão disponíveis e de que maneira a organização institucional favorece ou dificulta o exercício de suas competências.

O ambiente de prática da enfermagem constitui, nesse sentido, uma importante expressão das escolhas organizacionais. Ele envolve aspectos relacionados à liderança, participação nas decisões, relações profissionais, disponibilidade de recursos, suporte institucional e compromisso com a qualidade. Por isso, ambientes favoráveis de prática estão associados a melhores resultados de segurança e experiência dos pacientes, maior satisfação profissional e menor intenção de deixar o trabalho (Patrician *et al.*, 2024).

A relevância dessa dimensão reside justamente no fato de que parte significativa do ambiente de prática é potencialmente modificável. Diferentemente de características individuais ou de determinadas condições epidemiológicas, aspectos como participação, comunicação, liderança, organização dos processos e suporte institucional podem ser objeto de intervenção gerencial. Essa constatação permite uma mudança importante no modo de compreender a gestão do trabalho. Em vez de perguntar somente como tornar o trabalhador mais produtivo, torna-

se necessário perguntar quais condições permitem que o trabalhador produza um cuidado de maior qualidade.

Essa mudança é especialmente importante em contextos nos quais a sobrecarga é naturalizada. Quando a insuficiência de profissionais é compensada continuamente por reorganizações de escala, acúmulo de funções, extensão de jornadas ou redução do tempo destinado a determinadas atividades, o problema pode deixar de aparecer como déficit estrutural e passar a ser interpretado como capacidade de adaptação da equipe. Contudo, a capacidade de adaptação dos trabalhadores possui limites. Quando o volume de demandas ultrapassa a capacidade de resposta da equipe, atividades essenciais podem ser postergadas, abreviadas ou omitidas. E é justamente nesse ponto que uma questão aparentemente administrativa passa a adquirir significado clínico: quanto tempo de enfermagem está efetivamente disponível para cada usuário?

O tempo, embora raramente apareça nos instrumentos tradicionais de gestão como um recurso clínico, constitui elemento essencial da assistência. O enfermeiro precisa de tempo para avaliar, planejar, comunicar, supervisionar, educar, registrar, prevenir riscos e responder às mudanças nas condições dos pacientes. A redução desse tempo não significa simplesmente trabalhar mais rápido; pode significar realizar menos cuidado ou realizá-lo em condições menos seguras. O estudo de Al-Ghraiya *et al.* (2024) é particularmente relevante para essa discussão porque articula ambiente de prática, dimensionamento, vigilância dos pacientes e escalonamento dos cuidados com mortalidade. A relação entre esses elementos demonstra que o trabalho da enfermagem não pode ser dissociado das condições em que é organizado.

Dessa forma, o dimensionamento da força de trabalho deixa de ser uma questão exclusivamente administrativa. Quando a quantidade de profissionais disponíveis interfere na capacidade de vigilância, comunicação e resposta às necessidades dos pacientes, dimensionar passa a ser também uma decisão de segurança. O Conselho Federal de Enfermagem estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais nos serviços de enfermagem (COFEN, 2024). No entanto, a existência de parâmetros não elimina a necessidade de análise contextual. Diferentes serviços apresentam níveis de complexidade, perfis epidemiológicos, graus de dependência e processos de trabalho distintos. Por isso, dimensionar adequadamente não significa apenas preencher uma fórmula ou completar uma escala, mas planejar uma força de trabalho capaz de responder às necessidades concretas do cuidado.

Lasater *et al.* (2025) oferecem evidências particularmente importantes para essa discussão ao demonstrarem que uma política de dimensionamento mínimo esteve associada à melhora do bem-estar dos enfermeiros e da segurança dos pacientes. Embora o contexto australiano seja distinto do brasileiro, a evidência permite uma reflexão de alcance mais amplo: políticas de gestão da força de trabalho podem produzir efeitos assistenciais. Essa constatação modifica o lugar do dimensionamento na agenda dos gestores. Em vez de ser tratado apenas como instrumento para garantir o funcionamento mínimo dos serviços, deve ser considerado componente da qualidade e da segurança.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado à organização das escalas. Uma escala de enfermagem não é simplesmente um documento administrativo que distribui trabalhadores ao longo dos dias e horários. Ela determina a composição das equipes, a continuidade da assistência, a capacidade de supervisão e a disponibilidade de profissionais diante de picos de demanda. Uma decisão sobre escala é, portanto, também uma decisão sobre cuidado. A partir dessa perspectiva, torna-se possível compreender por que a gestão pública e a gestão do cuidado não podem ser analisadas como campos separados. As decisões da gestão estabelecem parte das condições nas quais o enfermeiro trabalha, e essas condições interferem naquilo que o profissional consegue efetivamente realizar. Essa relação conduz, inevitavelmente, à discussão sobre liderança.

## **Gestão do Cuidado de Enfermagem: Entre Condições de Trabalho, Liderança e Segurança**

A liderança constitui uma das principais dimensões por meio das quais o enfermeiro transforma condições organizacionais em processos concretos de cuidado. No cotidiano dos serviços, liderar significa articular pessoas, distribuir responsabilidades, negociar conflitos, coordenar recursos, comunicar prioridades e construir condições para que a equipe responda às necessidades dos usuários. Nesse sentido, reduzir liderança à capacidade individual do enfermeiro seria insuficiente. A liderança ocorre dentro de organizações que oferecem — ou restringem — autonomia, recursos, participação e apoio institucional.

Lee; Lee; Sang (2023); Singh; Yeravdekar; Jadhav (2024) identificaram associação entre liderança de gestores de enfermagem e melhores resultados de segurança e qualidade e um efeito positivo de estilos de liderança transformacional sobre a segurança do paciente e, em menor magnitude, sobre a qualidade do cuidado. Esses estudos reforçam a importância da liderança para a gestão do cuidado, mas também permitem uma reflexão adicional: não basta formar bons líderes se a estrutura organizacional impede que eles liderem efetivamente. Um enfermeiro pode possuir competências de comunicação, tomada de decisão e gestão de conflitos e, ainda assim, encontrar limites importantes quando não participa das decisões institucionais, não possui autonomia para reorganizar processos ou trabalha em contexto de escassez permanente.

Por isso, a liderança precisa ser entendida como uma relação entre competência individual e condições institucionais. Essa compreensão é importante porque evita dois extremos. De um lado, a tendência de atribuir aos gestores de enfermagem responsabilidade integral pelos resultados do serviço, independentemente das condições existentes. De outro, a tendência de considerar que os profissionais não possuem responsabilidade alguma sobre os resultados. Entre esses extremos está a ideia de responsabilidade compartilhada. O enfermeiro responde por suas decisões profissionais e pela qualidade do trabalho que realiza, mas a organização responde pelas condições em que esse trabalho é desenvolvido.

Essa responsabilidade compartilhada torna-se ainda mais evidente quando se discute a qualidade das relações de trabalho. A literatura sobre liderança tóxica demonstra associações entre comportamentos de liderança inadequados, resultados negativos para a força de trabalho e problemas relacionados à segurança (Labrague, 2024). Estudo multicêntrico encontrou associação entre comportamentos de liderança tóxica de gestores de enfermagem e maior frequência de eventos adversos relatados por enfermeiros, além de pior avaliação da qualidade do cuidado (Labrague, 2021). Uma organização pode dispor de protocolos sofisticados e sistemas tecnológicos avançados e, ainda assim, produzir um ambiente inseguro se suas relações forem marcadas por medo, autoritarismo, desrespeito ou ausência de participação.

O modo como os trabalhadores são tratados também integra o ambiente no qual o cuidado é produzido. Essa afirmação possui implicações éticas e gerenciais. Liderar equipes de enfermagem significa lidar com profissionais submetidos a demandas emocionais, cognitivas e físicas elevadas. Nesse contexto, liderança ética e apoio institucional não constituem benefícios acessórios, mas elementos que podem favorecer a permanência dos trabalhadores, a comunicação e a segurança. Da mesma maneira, a participação dos enfermeiros nas decisões institucionais precisa ser reconhecida como componente da gestão do cuidado. Não parece coerente responsabilizar profissionais pelos resultados da assistência e, simultaneamente, mantê-los afastados das decisões que determinam as condições nas quais essa assistência será produzida.

Os enfermeiros possuem conhecimento privilegiado sobre o funcionamento cotidiano dos serviços. Conhecem os pontos de interrupção dos fluxos, os horários de maior demanda, as fragilidades da comunicação, os recursos frequentemente indisponíveis e as estratégias que efetivamente funcionam junto às equipes e aos usuários. Incorporar esse conhecimento às decisões de gestão não representa apenas valorização profissional. Trata-se também de uma estratégia de inteligência organizacional. Quando trabalhadores participam da análise de problemas, as decisões tendem a aproximar-se da realidade concreta do processo de trabalho. Essa aproximação é fundamental para a segurança, pois permite que os problemas sejam identificados antes de se transformarem em eventos adversos.

É nesse ponto que a gestão do cuidado encontra a segurança do paciente. A segurança não é produzida apenas pela existência de protocolos. Ela depende da capacidade real dos profissionais de executarem as práticas recomendadas. Um serviço pode possuir protocolo para prevenção de quedas, por exemplo, mas se a equipe estiver insuficiente, os equipamentos forem inadequados ou a comunicação entre os turnos for deficiente, a existência do documento não garantirá a segurança. Essa distância entre o que é prescrito e o que é possível realizar constitui um dos grandes desafios da gestão do cuidado.

Por isso, a segurança do paciente precisa ser compreendida como responsabilidade sistêmica. Estudo sobre qualidade e segurança em enfermagem identificou como dimensões relevantes comunicação, eventos adversos, liderança, experiência do paciente, melhoria da qualidade, cultura de segurança,

dimensionamento, carga de trabalho, ambiente de prática e tecnologias (Patrician *et al.*, 2024). A diversidade desses fatores demonstra que segurança não é resultado de uma única intervenção, mas de um conjunto articulado de condições. Nesse contexto, a análise dos eventos adversos também precisa superar a lógica exclusivamente culpabilizadora. Quando ocorre um erro, a pergunta mais imediata costuma ser “quem errou?”. No entanto, uma organização comprometida com a aprendizagem precisa acrescentar outra pergunta: “O que no sistema permitiu que esse erro acontecesse?”

Essa mudança não elimina a responsabilidade profissional. Ela amplia a capacidade de compreender o evento. Se um medicamento foi administrado de forma incorreta, por exemplo, é necessário avaliar não apenas a conduta do profissional, mas também fatores como comunicação, interrupções, identificação do paciente, prescrição, tecnologia, carga de trabalho, supervisão e organização do ambiente. A análise sistêmica permite identificar oportunidades de melhoria que uma abordagem exclusivamente individual não alcançaria. Essa perspectiva é particularmente relevante para a enfermagem porque o trabalho cotidiano envolve múltiplas atividades simultâneas. O profissional pode estar simultaneamente avaliando um paciente, respondendo a uma intercorrência, orientando um familiar, supervisionando um técnico, realizando registros e atendendo demandas administrativas. Em determinadas circunstâncias, a ocorrência de um cuidado não realizado pode refletir não desconhecimento ou negligência, mas incompatibilidade entre demandas e recursos.

Essa constatação conduz novamente ao papel da gestão pública. Se a segurança depende das condições nas quais o trabalho acontece, então políticas de gestão do trabalho, dimensionamento, educação, infraestrutura e organização dos serviços precisam ser consideradas políticas de segurança do paciente. A educação permanente ocupa lugar importante nessa articulação. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que os processos educativos sejam relacionados aos problemas e às necessidades dos serviços e dos territórios (Brasil, 2018). Essa concepção é especialmente relevante para a enfermagem porque permite superar a associação entre educação e simples oferta de treinamentos.

Capacitar um profissional para realizar determinada prática é insuficiente quando a organização não oferece as condições necessárias para realizá-la. Se um serviço apresenta elevado número de quedas, por exemplo, a resposta não deveria limitar-se à realização de um curso sobre prevenção de quedas. É necessário compreender se existem profissionais suficientes, se os pacientes são avaliados adequadamente, se os equipamentos estão disponíveis, se os fluxos são seguros, se os protocolos são conhecidos e se a equipe dispõe de tempo para executar as medidas preventivas. A educação permanente, nesse sentido, pode ser compreendida como instrumento de gestão quando parte de problemas concretos do processo de trabalho e envolve os profissionais na construção das respostas.

Essa concepção também evita um problema frequente: utilizar a capacitação como resposta para problemas cuja origem é estrutural. Reconhecer essas diferenças é fundamental para que a gestão não transfira para o trabalhador uma

responsabilidade que pertence também à organização. A mesma lógica se aplica às tecnologias. A transformação digital dos serviços de saúde pode contribuir para qualificar registros, comunicação, monitoramento e tomada de decisão, mas seus efeitos dependem de como essas tecnologias são incorporadas ao trabalho. Uma tecnologia que simplifica registros pode liberar tempo para o cuidado; outra que aumenta a carga burocrática pode produzir efeito contrário. Assim, a incorporação tecnológica também precisa ser analisada a partir do processo de trabalho da enfermagem.

A questão não é simplesmente digitalizar o cuidado, mas utilizar a tecnologia para ampliar a capacidade humana de cuidar. Essa perspectiva é particularmente importante no contexto contemporâneo, em que sistemas de informação, prontuários eletrônicos, plataformas educativas e ferramentas de apoio à decisão fazem parte da rotina dos serviços. A tecnologia precisa estar a serviço do cuidado, e não transformar o cuidado em consequência da tecnologia. Todos esses elementos — dimensionamento, tempo, ambiente de prática, liderança, participação, educação permanente, segurança e tecnologia — convergem para uma mesma conclusão: a gestão do cuidado é produzida em um sistema de relações e condições que ultrapassa o indivíduo.

Essa constatação também permite introduzir uma dimensão frequentemente negligenciada: a equidade. A distribuição da força de trabalho de enfermagem não ocorre de maneira homogênea entre territórios e serviços. Regiões e populações mais vulneráveis podem enfrentar maiores dificuldades para atrair e manter profissionais. A OMS destaca que desigualdades na distribuição da força de trabalho permanecem como desafio global e que políticas de emprego, condições de trabalho, liderança e retenção são fundamentais para enfrentá-las (WHO, 2025).

No SUS, portanto, planejar a força de trabalho não significa simplesmente distribuir profissionais proporcionalmente à população. É necessário considerar necessidades diferenciadas, complexidade dos serviços, vulnerabilidades sociais e características territoriais. A equidade na gestão do trabalho constitui, assim, uma dimensão da própria equidade em saúde. Quanto mais vulnerável o território, maior pode ser a necessidade de estratégias específicas para garantir força de trabalho suficiente e qualificada. Essa perspectiva reforça a tese central deste estudo: as condições de produção do cuidado são também objeto de política pública.

## Por uma Gestão Pública Orientada pelo Cuidado

A reflexão desenvolvida permite compreender que existe uma cadeia contínua entre política pública, gestão do trabalho, organização dos serviços e cuidado de enfermagem. Uma decisão produzida no nível macro pode modificar a organização institucional. Essa organização interfere nas condições de trabalho. As condições de trabalho interferem na atuação dos profissionais. A atuação dos profissionais repercute sobre o cuidado e seus resultados. Essa cadeia também funciona no sentido inverso. Os resultados observados nos serviços deveriam alimentar a gestão e orientar novas decisões.

Quando indicadores de segurança demonstram aumento de eventos adversos, por exemplo, a resposta não deveria limitar-se à cobrança das equipes. O dado precisa ser utilizado para investigar o que está acontecendo no processo de trabalho e quais condições precisam ser modificadas. Da mesma maneira, quando aumenta a rotatividade dos profissionais, a pergunta não deveria ser apenas por que os trabalhadores estão saindo, mas também que características da organização estão produzindo esse resultado. Essa lógica aproxima a gestão pública de uma perspectiva de aprendizagem. Nesse modelo, indicadores não são apenas instrumentos de controle. São instrumentos para compreender a realidade. Protocolos não são apenas documentos normativos. São instrumentos para apoiar decisões. Educação permanente não é apenas treinamento. É estratégia de transformação do trabalho. Liderança não é apenas autoridade. É a capacidade de mobilizar pessoas e recursos em torno de objetivos comuns. Dimensionamento não é apenas preenchimento de escalas. É planejamento da capacidade de cuidar. E gestão pública não é apenas administração de recursos. É a produção de condições para concretizar o direito à saúde.

Essa mudança de perspectiva possui implicações relevantes para a enfermagem. O enfermeiro precisa ser reconhecido como trabalhador que produz cuidado, mas também como sujeito capaz de analisar criticamente os processos organizacionais e participar da formulação de soluções. A gestão pública, por sua vez, precisa reconhecer que a enfermagem não deve ser convocada apenas para executar decisões já tomadas. Sua experiência precisa participar da construção das próprias decisões. Isso é particularmente importante porque a enfermagem ocupa uma posição singular nos serviços: está próxima do usuário, acompanha a continuidade do cuidado, articula diferentes profissionais e frequentemente identifica precocemente alterações clínicas e problemas organizacionais.

Valorizar essa posição significa incorporar a enfermagem aos espaços de planejamento, avaliação e tomada de decisão. Da mesma forma, os gestores de enfermagem precisam ampliar sua atuação para além do gerenciamento cotidiano de escalas, materiais e pessoal. A gestão do cuidado exige capacidade de interpretar indicadores, analisar processos, identificar riscos, negociar recursos, desenvolver pessoas e articular estratégias de melhoria. Essa ampliação da função gerencial também demanda investimento em formação. Não se trata apenas de formar enfermeiros tecnicamente competentes, mas profissionais capazes de compreender as relações entre política pública, organização do trabalho e cuidado.

Essa competência torna-se ainda mais necessária diante das transformações contemporâneas do SUS, marcadas pela digitalização, mudanças demográficas e epidemiológicas, aumento da complexidade assistencial e necessidade de maior integração entre os pontos da rede. Nesse cenário, a gestão do cuidado precisa ser compreendida como uma prática simultaneamente clínica, gerencial, educativa e política. Clínica porque está relacionada às necessidades concretas dos usuários. Gerencial porque exige organizar pessoas, recursos e processos. Educativa porque envolve desenvolvimento permanente de trabalhadores e usuários.

Política porque acontece dentro de um sistema público marcado por escolhas, prioridades, disputas e responsabilidades institucionais. Essa compreensão amplia o significado da atuação do enfermeiro e, ao mesmo tempo, amplia a responsabilidade da gestão pública. Não basta exigir que os profissionais ofereçam cuidado seguro. É necessário criar condições para que possam fazê-lo. Não basta estabelecer metas de qualidade. É necessário disponibilizar recursos e processos que permitam alcançá-las. Não basta oferecer treinamentos. É necessário transformar condições que dificultam a aplicação do conhecimento. Não basta responsabilizar profissionais por eventos adversos. É necessário investigar os sistemas que produziram as condições para sua ocorrência. Essa é a essência de uma gestão pública orientada pelo cuidado.

## Limitações do Estudo

A relação entre gestão pública, gestão do cuidado de enfermagem e segurança da assistência envolve dimensões políticas, econômicas, institucionais, profissionais e sociais que não podem ser esgotadas em um único artigo. As evidências utilizadas também apresentam diferentes desenhos metodológicos, contextos organizacionais e sistemas de saúde, o que recomenda cautela na transferência direta de seus resultados para diferentes realidades do SUS.

## Contribuições para a Prática

Ampliar a compreensão da gestão do cuidado de enfermagem para além da dimensão técnico-assistencial e da responsabilização individual dos profissionais. Ao articular gestão pública, organização do trabalho, dimensionamento da força de trabalho, ambiente de prática, liderança, educação permanente e segurança da assistência, a reflexão evidencia que a qualidade do cuidado também é produzida pelas condições institucionais e pelas decisões tomadas nos diferentes níveis de gestão do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão pública e a gestão do cuidado de enfermagem constituem dimensões inseparáveis da produção da assistência no SUS. Embora o cuidado se concretize no encontro entre profissionais, usuários e famílias, as condições que tornam esse encontro possível são produzidas em diferentes níveis da organização do sistema de saúde.

O enfermeiro possui responsabilidades técnicas, éticas e gerenciais fundamentais. No entanto, sua capacidade de exercer essas responsabilidades depende também de condições institucionais e políticas que não estão integralmente sob seu controle. Nesse sentido, atribuir exclusivamente ao profissional a responsabilidade pelos resultados do cuidado significa desconsiderar a natureza sistêmica da assistência.

A gestão pública precisa reconhecer que decisões relacionadas à força de trabalho, financiamento, infraestrutura, educação permanente, tecnologia e organização dos serviços possuem consequências assistenciais. O dimensionamento deixa de ser apenas uma questão de escala e passa a constituir uma questão de segurança. A liderança deixa de ser apenas uma competência individual e passa a representar também uma responsabilidade organizacional. A educação permanente deixa de ser simples capacitação e passa a ser compreendida como estratégia de transformação do processo de trabalho. Os indicadores deixam de ser instrumentos exclusivamente de cobrança e passam a funcionar como ferramentas de aprendizagem. A segurança deixa de ser resultado apenas do cumprimento de protocolos e passa a ser compreendida como propriedade emergente de sistemas organizados para cuidar. E a gestão do cuidado deixa de ser responsabilidade isolada do enfermeiro para ser reconhecida como produção coletiva, institucional e política.

Essa perspectiva não reduz a responsabilidade profissional. Ao contrário, amplia-a ao inseri-la em uma rede de responsabilidades compartilhadas. O desafio está justamente em construir equilíbrio entre responsabilidade individual e responsabilidade institucional, evitando tanto a culpabilização do trabalhador quanto a diluição das responsabilidades profissionais. A enfermagem se destaca nesse processo. Pela proximidade com usuários e famílias, pela presença contínua nos serviços e pela capacidade de articular cuidado e gestão, os enfermeiros possuem condições privilegiadas para identificar fragilidades, produzir conhecimento sobre o cotidiano dos serviços e participar da construção de soluções.

Para que essa potência seja concretizada, contudo, é necessário que os sistemas de saúde ofereçam autonomia, participação, recursos, condições adequadas de trabalho e oportunidades de desenvolvimento. A principal reflexão que emerge deste estudo é, portanto, que não existe gestão do cuidado de enfermagem efetivamente qualificada quando as condições de gestão do próprio sistema de saúde são desconsideradas como parte constitutiva do cuidado.

Fortalecer a gestão pública significa, nesse sentido, fortalecer as condições para que a enfermagem possa exercer plenamente suas competências clínicas, gerenciais, educativas e políticas. Mais do que administrar recursos para manter serviços funcionando, gerir o SUS significa criar condições para que trabalhadores possam produzir cuidado seguro, qualificado, equitativo e socialmente comprometido. Assim, a qualidade da gestão pública pode ser reconhecida não apenas pela eficiência com que administra recursos, mas também pela capacidade de produzir condições para que o trabalho em saúde cumpra sua finalidade maior: responder às necessidades da população e concretizar o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

- AL-GHRAIYBAH, T.; LAGO, L.; FERNANDEZ, R.; SIM, J. Effects of the nursing practice environment, nurse staffing, patient surveillance and escalation of care on patient mortality: a multi-source quantitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 156, 104777, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104777.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.168, de 5 de dezembro de 2023**. Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – ValorizaGTES-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. ISBN 978-85-334-2649-8.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN: parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro**. Brasília, DF: COFEN, 2024.
- JUVÉ-UDINA, M. E.; *et al.* Association between nurse staffing coverage and patient outcomes in a context of prepandemic structural understaffing: a patient-unit-level analysis. **Journal of Nursing Management**, 2025, 2025:8003569. DOI: 10.1155/jonm/8003569.
- LABRAGUE, L. J. Influence of nurse managers' toxic leadership behaviours on nurse-reported adverse events and quality of care. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 4, p. 855-863, 2021. DOI: 10.1111/jonm.13228.
- LABRAGUE, L. J. Toxic leadership and its relationship with outcomes on the nursing workforce and patient safety: a systematic review. **Leadership in Health Services**, v. 37, n. 2, p. 192-214, 2024. DOI: 10.1108/LHS-06-2023-0047.
- LASATER, K. B.; *et al.* Minimum nurse staffing policy intervention in Queensland, Australia improved nurse wellbeing and patient safety: a quasi-experimental intervention study—**International Journal of Nursing Studies**, v. 171, 105178, 2025. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2025.105178.
- LEE, S. E.; LEE, H.; SANG, S. Nurse managers' leadership, patient safety, and quality of care: a systematic review. **Western Journal of Nursing Research**, v. 45, n. 2, p. 176-185, 2023. DOI: 10.1177/01939459221114079.
- PATRICIAN, P. A.; *et al.* Quality and safety in nursing: recommendations from a systematic review. **Journal of Healthcare Quality**, v. 46, n. 4, p. 203-219, 2024. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000430.

SINGH, A.; YERAVDEKAR, R.; JADHAV, S. Investigating the influence of selected leadership styles on patient safety and quality of care: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Leader**, v. 8, n. 3, p. 208-214, 2024. DOI: 10.1136/leader-2023-000846.

WAHYUNI, E. D.; *et al.* Electronic nursing documentation for patient safety, quality of nursing care, and documentation: a systematic review. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 74, n. 9, p. 1669-1677, 2024. DOI: 10.47391/JPMA.9996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery**. Geneva: World Health Organization, 2025. 166 p.