

A COMPLEXIDADE NA GESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Betina Horner Schlindwein Meirelles

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Lucilene Gama Paes

Universidade Federal de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC, Brasil

Bruna Coelho

Universidade Federal de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC, Brasil

1 | INTRODUÇÃO

O pensamento humano reflete a realidade a qual consegue capturar. As ferramentas mentais que possibilitam essa ação são os juízos, os conceitos e as teorias, que cumprem diversas funções na trajetória do pensamento. É necessário, portanto, entender o que são esses movimentos. Especificamente, as teorias são formas

maduras de conhecimento científico, edificadas sobre as bases fundamentais da razão humana por meio da utilização de juízos, conceitos e categorias, e tem como objetivo interpretar e explicar os fenômenos da vida cotidiana em bases ditas científicas. Uma teoria, por mais contemporânea, nunca será absoluta.¹

O uso de uma teoria ou referencial teórico é importante no sentido de aproximar a teoria à prática, trazendo o saber produzido na academia para melhorar esta prática. No caso da pesquisa e do trabalho em saúde e enfermagem, um pensar mais contextualizado, que considere o ser humano em todas as suas dimensões, se mostra importante para dar conta da visão ampliada do conceito de saúde e assim, trazer melhores respostas individuais e coletivas às necessidades das pessoas/sociedade.

Buscar uma teoria ou referencial teórico que auxilie na busca por essas respostas, um pensar que contemple

a integralidade, contextualizado, com uma nova forma de significar o ser humano e os problemas/necessidades de saúde e que, ainda, proporcionem as mudanças esperadas nos indicadores de saúde, torna-se um desafio diante das complexas interações e dimensões do viver humano.

O homem age em busca do conhecimento e precisa do conhecimento para agir. O pensamento e o universo fenomenal são complexos. Não é somente o reconhecimento de que o pensamento dialoga com o universo por meio de uma lógica adequada ao real, mas também que esse diálogo se efetiva numa incompletude lógica, de maneira metalógica. Assim, é necessário ultrapassar, englobar, revitalizar, a lógica identitária, não só numa lógica mais fraca, mas num método de pensamento complexo, que seria dialógico, não constituindo uma nova lógica, mas um modo de utilizar a lógica devido a um paradigma da complexidade.²

No cuidado humano encontra-se o desejo de perpetuar a vida. O descuidado, por sua vez, constitui ameaça à vida. Cuidado e descuidado convivem e marcam a trajetória da humanidade. Os avanços e recuos das civilizações associam-se ao cuidado e ao descuidado, ambos compondo um mesmo cenário, contraditórios. Entender o cuidado, expressar seu significado, articular as práticas que lhe são subjacentes, requerem pensamento compreensivo, aberto, capaz de recolher a complexidade, a não-linearidade, que lhe dá caráter.

Os contornos não definidos do cuidado, a plausibilidade no lugar da certeza, a instabilidade de sua produção no seio das organizações da saúde, a repetição regular de modos irregulares, as descontinuidades, estende-se também para a forma como ele é desenvolvido no âmbito das organizações de saúde. Compreender o cuidado em saúde exige visualizá-lo em sua complexidade, entendê-lo como sistema complexo nas suas estruturas e propriedades, sistema formado por elementos em redes com suas interconexões e dotado de movimentos inter-retroativos nos espaços das denominadas organizações complexas, onde ele é serviço-resultado.³

A tarefa do pensamento complexo é saber tratar, questionar, eliminar, salvaguardar as contradições, considerando que a contradição vem do fato de que o raciocínio pede que desapareçamos com ela e por outro lado pede que a salvaguardemos para fugir do pensamento estéril. O pensamento complexo permite incluir/excluir, pois não se fecha na disjunção e necessita muitas vezes da dialógica: duas proposições contrárias estão necessariamente ligadas, ao mesmo tempo em que se opõem. É realmente essa dialógica que funciona por toda parte onde há complexidade, como na análise da gestão do cuidado em saúde e enfermagem.⁴

O tecido daquilo que se concebe como real comporta camadas, buracos, emergências,

que não se sabe se são sublógicas, alógicas, supralógicas ou extralógicas. Isso permite reconhecer a incompletude do pensamento e da realidade. O ser não tem existência lógica e a existência não tem um ser lógico. Na verdade, a lógica não é/tem um fundamento absoluto: ela é uma ferramenta a serviço do componente analítico do pensamento e não uma máquina infalível para guiar o pensamento. Nenhum sistema logicamente organizado pode abarcar o universo na sua totalidade, nem explicar exaustivamente sua realidade. A subordinação do pensamento à lógica conduz à racionalização, que é uma forma lógica de irracionalidade, pois constitui um pensamento separado do real. O pensamento ao mesmo tempo contém e ultrapassa a lógica, assim, a complexidade do pensamento é metalógica: ao mesmo tempo engloba e transgredir a lógica. O pensamento deve ser translógico, significa que deve ir através, atravessar, transgredir.⁴

Nesse sentido, a gestão do cuidado se apresenta com o desafio de reconhecer processos auto-eco-organizadores no seu interior, portanto, ver mais que um sistema funcionalista, mais que um sistema organicista, enxergar um verdadeiro sistema organizacionista. A gestão do cuidado há que ser vista como um processo de relações, interações, associações, retroações entre os seres, em vários planos, sendo tanto auto-organizador por meio das práticas e atitudes como organizador do sistema de saúde a que pertence, ademais de co-organizar-se em simbiose com outros sistemas sociais.³

À gestão dos serviços e do cuidado são incorporados novos saberes e práticas no âmbito das instituições para dar conta dos desafios do cuidado em saúde de qualidade. As novas perspectivas, mas também as dificuldades frente à gestão, são apontadas, sugerindo melhoria da comunicação, enfrentamento da fragmentação das políticas públicas, implantação de novos processos de trabalho voltados a gestão do cuidado, e a necessidade de capacitação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional para gestão do cuidado de pessoas. Isto nos leva a pensar como estas diretrizes de cuidado, na sua dinamicidade e complexidade, têm sido enfrentadas na gestão deste cuidado, em todas as suas dimensões.

A partir dessa contextualização, espera-se que, ao finalizar a leitura deste capítulo, o leitor esteja atualizado com relação a utilização do referencial da complexidade nas ações de gestão do cuidado em saúde e enfermagem, ampliando a compreensão sobre o tema. Objetiva-se, especificamente, relacionar o conceito de complexidade na gestão do cuidado em saúde e enfermagem e contribuir para a construção do conhecimento sobre a complexidade na gestão do cuidado saúde e enfermagem no âmbito da Atenção primária em saúde e no nível hospitalar.

2 | COMPLEXIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

A saúde é fundamental para o ser humano, multidimensional e o conhecimento dos problemas globais e fundamentais exige a reconexão dos conhecimentos separados, divididos, compartimentados e dispersos, um conhecimento que saiba unir. Assim, a complexidade surge como um desafio, uma possibilidade de reflexão e uma alternativa para escapar do pensamento redutor (que só vê os elementos) e do global (que vê apenas o todo), reconhecendo que a simplificação é necessária, mas que precisa ser relativizada. Ele comporta as imperfeições, as incertezas, as contradições e o reconhecimento do irreduzível, propondo uma relação dialógica entre ordem/desordem/organização.² Esse olhar complexo e dinâmico oferece a oportunidade de uma ação integrada que inclui as diferentes dimensões da experiência humana: a subjetiva, a social, a política, a econômica, a cultural, colocando os saberes produzidos nos diversos campos do conhecimento a serviço da saúde: é saber lidar com o diverso, com os opostos, com as formas de viver emergentes das sociedades modernas que se colocam frente ao cuidado humano.⁵

O ato de cuidar é influenciado por uma multiplicidade de associações, contatos e afetos. Trata-se de uma ação complexa capaz de envolver diferentes atores e instituições, tornando-se essencial a vivência de relações e conexões intensas entre os sujeitos envolvidos. Dessa forma, o trabalho em saúde, como meio social, e a saúde, propriamente dita, caracterizam-se como um processo contínuo, imaterial e criativo, que integra o social, o cultural, a história das pessoas e das sociedades.⁶⁻⁸

O cuidado designa uma atitude de desvelo, de solicitude e atenção, instiga preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade para com o outro.⁹ É quando o outro passa a ter significado.¹⁰ Trata-se de uma forma de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida, tais como: o nascimento, a promoção, a recuperação da saúde e a própria morte.¹¹ Como prática de saúde, no Brasil, o cuidado tem sido pauta constante de debate entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Nessa linha de pensamento, reflete-se sobre o cuidar, trazendo instrumentos para pensá-lo a partir de uma concepção mais ampla e integral, aproximando corpo e mente, matéria e espírito. Reforça-se a integralidade, salientando que a não se deve confundir a atitude de cuidar com o parcelamento das práticas de saúde. Esta necessita se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.¹²

Para que o cuidado possa ser oferecido com qualidade é imprescindível combinar a intencionalidade de viabilizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.¹³ É nesse contexto de mudança do modelo assistencial que os trabalhadores em saúde estão inseridos. Busca-se

superar as práticas curativistas, para se trabalhar sob uma nova perspectiva e concepção de ser humano, vida, saúde, sociedade e cuidado de saúde, remetendo-nos à construção e implementação de novas tecnologias de gestão que integrem o ser, o pensar, o fazer, o estar mobilizando ações de cuidado humano.³

O processo de cuidar se apresenta nas organizações de saúde, com destaque para a interação entre os envolvidos no processo. Visa fortalecer a organização dos serviços de saúde para melhorar o cuidado ao indivíduo doente, compartilhamento de responsabilidades, integração efetiva, garantindo acesso e continuidade do tratamento.¹⁴ A gestão do cuidado em saúde obedece a racionalidades teórico- metodológicas produzidas a partir de um processo sócio histórico, em uma determinada época, que estabelece, para gestores, profissionais e usuários, formas de entender e intervir na saúde e na doença.¹⁵

As práticas de gestão do cuidado podem ser estruturadas em ações de apoio social, na qual o trabalhador da saúde colabora no processo de articulação da rede¹⁶⁻¹⁸ com ações clínico-terapêuticas construir relações de cuidado confiáveis ^{16,18-20}, desenvolvidas no encontro entre pacientes e profissionais e ações de responsabilidade da macro, meso e microgestão no âmbito organizacional, político-institucional e pessoal.²¹⁻²²

No âmbito organizacional destacam-se as atividades operativas numa lógica de gestão e produção de serviço na rede de saúde (com incentivo financeiro, trabalho multiprofissional, regulação dos encaminhamentos para especialistas, organização da Atenção Primária como porta de entrada, organização da longitudinalidade do cuidado,...). No âmbito político-institucional, emergem atividades que respondem pelo arcabouço legal para implementação de redes regionais (cobertura, estrutura física, ampliação do escopo do serviço de saúde, garantia de acesso aos demais níveis de atenção e garantia de acompanhamento do usuário em todos os níveis). No âmbito pessoal estão incluídas as interações dos profissionais entre si e destes com os usuários.²¹⁻²²

A gestão do cuidado constitui-se de elementos importantes, que quando associados garantem-na enquanto prática. Ainda, a gestão do cuidado pressupõe a realização de atividades administrativas incluindo gestão de recursos humanos, gestão da qualidade, gestão das informações.^{17-18,21,23} Para tanto, há colaboração e compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes profissionais, bem como a interação entre os mesmos.¹⁴ A organização do trabalho na gestão do cuidado é dependente de comunicação efetiva entre os profissionais e destes com os pacientes.^{14,19} Exige também competência profissional, que se relaciona com a experiência de trabalho, mas também à garantia de acesso, acolhimento e vínculo, e com a capacidade de incorporar um olhar mais integral do paciente. Adiciona-se ainda elementos como ética, eficiência e eficácia, no sentido de individualizar o cuidado no paciente, sua família e coletividades, com melhor uso de

recursos disponíveis, seguindo princípios como a autonomia, beneficência e justiça.²³

A gestão do cuidado é compreendida como uma relação dialética entre o processo de trabalho, o cuidar e o administrar. Ocorre na e pela articulação entre os saberes da gerência e do cuidado, viabilizando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional, cuja finalidade é proporcionar um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços.²⁴ Assim, num cenário de novas práticas e de transformação nos processos de trabalho em saúde, revela-se a gestão do cuidado, a partir de um trabalho individual em direção a um trabalho transdisciplinar, com autonomia, vinculação e corresponsabilização das equipe de saúde.¹¹

O conceito de gestão do cuidado não se aplica apenas à relação assistencial estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário, mas pode ser compreendido como uma interação com as tecnologias existentes. Deve relacionar-se ao conhecimento técnico e ao modo como as pessoas andam na vida, o que faz emergir a necessidade de superar a racionalidade instrumental, criando espaços para interações intersubjetivas que valorizem a pluralidade dialógica e outras racionalidades terapêuticas.²⁵

A gestão do cuidado como a utilização de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia.²⁶ Ela integra cinco dimensões, que se conectam de variadas formas produzindo uma complexa rede de cuidados, quais sejam: *dimensão individual*, entendida como a possibilidade de que cada um pode ou tem potencial para produzir uma forma singular de cuidar de si próprio e fazer escolhas; *dimensão familiar*, focalizada na figura das pessoas da família, os amigos, os vizinhos; *dimensão profissional*, que ocorre no encontro entre trabalhadores e os usuários; *dimensão organizacional*, compreendida como aquela que se dá nos serviços de saúde, dependente da ação cooperativa de vários atores; *dimensão sistêmica*, aquela que se envolve na construção formal de conexões entre os serviços de saúde, compromete-se com a rede de cuidado, na perspectiva da integralidade.²⁶

No caminho da dimensão organizacional, depreende-se uma gestão de cuidado em que os trabalhadores adotem uma abordagem que integre e acolha as necessidades dos usuários, coloque-os perante a necessidade de imersão nos aspectos subjetivos das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia. Também evoca a desconstrução e construção de novas práticas de saúde, no intuito de beneficiar os usuários, com ações éticas, flexíveis, humanas, políticas e eficientes.^{24,27}

A gestão do cuidado também pode ser compreendida no processo de trabalho em saúde como a forma com que o cuidar se manifesta e se organiza na interação entre sujeitos.²⁸ Nessa direção, Rossi e Lima (2005)^{27: 467} fazem referência ao desafio por parte

de quem gerencia o cuidado:

O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado hoje é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários como potentes para intervirem no trabalho vivo em ato – espaço de concretização do cuidado.

Para atuar como profissional do cuidado, sob uma perspectiva diferenciada, o trabalhador de saúde necessita assumir e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, tornando-se capaz de atuar com as tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações e promovendo ganhos de autonomia dos usuários, em compromisso com a defesa da vida individual e coletiva.²⁹

Nessa linha, Feuerweker (2011)³⁰ apresenta o conceito de “cadeia do cuidado em saúde”, caracterizado como o arranjo para articular o acesso aos serviços de saúde, com a manutenção do vínculo e da continuidade da assistência. Destaca nesse processo a necessidade de gestão, tanto do modo como se organizam os serviços, quanto dos encontros entre trabalhadores e usuários no âmbito da produção e gestão do cuidado. A autora propõe uma agenda e dispositivos para a gestão do cuidado a partir de diferentes contextos, tendo por base a atenção primária: *dentro das unidades*, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas, principalmente, no que se refere ao trabalho médico-centrado, ao olhar epidemiológico local, às políticas previamente definidas e à demanda espontânea; e *no território*, no intuito de produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações, entre outros aspectos comunitários relevantes. Assim, a gestão do cuidado coloca os trabalhadores diante da necessidade do planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho,...), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas.¹³

O cotidiano dos serviços de saúde é organizado pelas relações e conexões estabelecidas entre si e os vários atores, que operam em diversas direções e sentidos.⁸ Essa micropolítica das organizações de saúde constrói uma rede complexa, móvel, mutante, capaz de gerir as práticas de cuidado.²⁶ Dessa forma, a gestão do cuidado revela-se nas “ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno”.^{31:56} Considerando que a integração dos serviços, a coordenação e continuidade do cuidado são desafios a serem

enfrentados pelo SUS, entende-se que para a consolidação da gestão do cuidado, os envolvidos apresentem plasticidade nos seus processos de trabalho, viabilizando acesso dos usuários aos serviços necessários e em tempo-espaço oportuno.

3 | A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA COMPLEXA: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) exerce a função estratégica de centro de comunicação da RAS. Ela tem sido o lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para o cuidado que precisam, por esta razão acreditam que ela deve ser defendida como importante conquista a ser consolidada e aperfeiçoada. Entretanto, ainda encontra um grande desafio pela frente, reunir subsídios, condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos da rede complexa.³²

A APS como campo de práticas de cuidado e cenário de manifestações subjetivas, destaca-se no contexto dos sistemas de saúde como estrutura fundamental para a sustentação de uma atenção continuada, articulada, integral e de qualidade. Vivencia-se um movimento de resgate das bases e objetivos da concepção da APS, no intuito de propor novos caminhos para (re)organização dos sistemas de saúde.³³ Afirma-se e renova-se seu compromisso político, no caminho de uma cobertura universal de saúde e desenvolvimento sustentável.³⁴

No Brasil, a APS define-se como estrutura fundamental para o ordenamento do cuidado e coordenação da rede de atenção. Aproxima-se de uma concepção abrangente e reestrutura-se numa perspectiva de integração de rede, com estabelecimento de vínculos, com a intersectorialidade e participação popular. Além de apontar o caminho do usuário no sistema de saúde, busca identificar as demandas individuais e coletivas e proporcionar um cuidado integral, conectando serviços, saberes e práticas.^{7,33}

Nesse contexto, o cuidado destaca-se como um dispositivo basilar para a construção da integralidade da atenção à saúde, buscando ofertar atendimento de qualidade, capaz de articular os avanços tecnológicos com o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho. Sua organização torna-se condição *sine quo non* para a gestão em saúde. Nesse sentido, entende-se que as atitudes cuidadoras devem caminhar para a ampliação de intervenções de saúde, não devendo restringir-se à pequena tarefa parcelar das práticas de saúde.¹²

Nas últimas décadas, a gestão em saúde tem se sensibilizado para o cuidado em saúde, passando a investir na interação entre gestão e cuidado.³⁵ Assume-se a premissa de que a gestão do cuidado se corporifica nas ações dos sujeitos, gestores, trabalhadores da saúde e usuários, que habitam e frequentam os serviços de saúde, edificando uma

rede colaborativa e coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno.¹¹ As práticas de gestão do cuidado em saúde inserem-se em um novo paradigma para a organização da rede de atenção à saúde, com capacidade de mediação das complexas necessidades demandadas pelos usuários do sistema de saúde.³⁶

A gestão do cuidado em saúde é indicada como uma das competências necessárias para enfermeiros no contexto da APS, destacando os seguintes domínios: administração de recursos, gestão do ambiente de saúde, gestão do serviço, gestão da qualidade e gestão da informação.¹⁷ Nesse âmbito, é possível elencar alguns fatores que dificultam a gestão do cuidado, tanto os relacionados aos trabalhadores como os relacionados ao serviço de saúde. Constatou-se que a prática profissional com foco curativista ainda persiste, havendo resistência às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde.²⁴ Há falta de treinamento e experiência de trabalho^{19,23}, bem como falta de aceitação do papel do gestor de cuidados e comunicação e compartilhamento de informações.²¹

Em relação aos serviços, conflitos ocorrem quando há diferentes entendimentos sobre a demanda apresentada pelo profissional gestor do cuidado e os trabalhadores do serviço¹⁹, uma vez que nem sempre o trabalhador do serviço de saúde é o mesmo que assume a função de gerir o cuidado. Há demanda excessiva de usuários para atendimento e estrutura organizacional do serviço desfavorável; falta de reembolso, falta de tempo e pressões de ordem financeira.^{21,24}

Destaca-se a relevância e necessidade do aprofundamento no tema, visto que muito tem se falado sobre a gestão do cuidado no contexto da APS, mas pouco tem sido apresentado como análise teórico-científica. Acredita-se, portanto, que compreender o processo estrutural, significados e concepções da gestão do cuidado possa colaborar na sensibilização para o desenvolvimento de atos de cuidado mais comprometidos e assim fortalecer a APS no âmbito do sistema de saúde. O modelo “Gerenciando o cuidado na APS”, aqui apresentado, trata do fenômeno emergente na região central da espiral, circundado pelas suas quatro dimensões interdependentes: organizacional, assistencial, sócio-política e relacional; e, respectivas subdimensões.³⁷

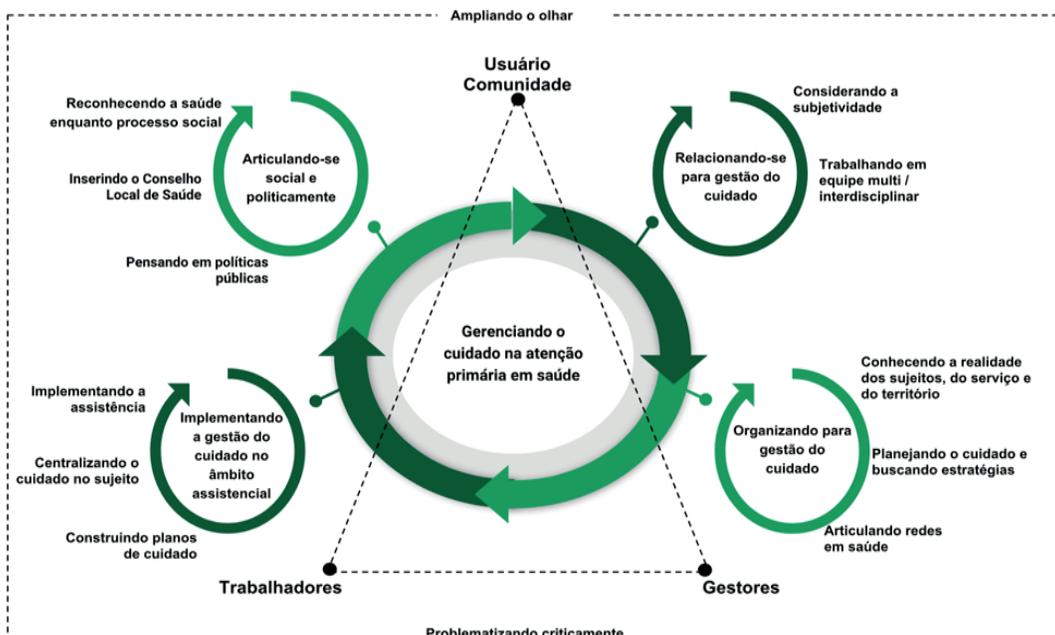


Figura 1 - Modelo Teórico-Explicativo sobre Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde. Adaptado de Paes, 2019.

Compreende-se a gestão do cuidado concretizada no cotidiano do trabalho, e permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores, usuários e comunidade – principais atores da cena. Na base da pirâmide, encontram-se os trabalhadores e os gestores, cujo olhar, no que se refere a gestão do cuidado, deve estar voltado ao usuário e a comunidade, foco principal de todas as ações. Ainda é possível vislumbrar toda a ação sendo problematizada criticamente pelos trabalhadores e gestores, que se utilizam de um olhar ampliado para o entendimento e efetivação dessa realidade.

Assim, pensar a gestão do cuidado na atenção primária à saúde requer refletir acerca de uma variabilidade de práticas, condições e situações que integram o entrelaçado mundo do trabalho e da vida dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. O cotidiano é repleto de desafios, em consequência da complexidade que é simplesmente existir neste mundo. Neste cenário profundo, emergem demandas, ora dos usuários, ora dos próprios trabalhadores, ora da comunidade e nesse ambiente de adversidades que as práticas de cuidado e em saúde se inserem.³⁷

Com relação à dimensão organizacional, destaca-se o papel que a compreensão da realidade, o planejamento e a articulação da rede de serviços assumem para a gestão do cuidado. Em consonância, recorda-se que a realização do diagnóstico e análise da situação de saúde podem ser consideradas atividades primordiais para a consolidação

das ações em saúde.³⁸ Além disso, destacam que problemas enfrentados no âmbito do acesso e da integralidade da atenção e integração da APS à rede de atenção precisam ser superados, uma vez que são imprescindíveis para o avanço da APS brasileira.

O processo de reconhecimento da realidade social e de saúde permite aos trabalhadores a identificação de necessidades e demandas, numa perspectiva da integralidade. A partir disso, os trabalhadores, de forma multiprofissional, podem atuar no território, buscando um enfoque familiar e comunitário, desenvolvendo ações no âmbito psicossocial e socio sanitário, em parceria com outros usuários, trabalhadores e setores da rede de serviços, no sentido de fortalecer a intersetorialidade.³⁹ Assim, reconhece-se que as demandas trazidas no cotidiano devem ser constantemente verificadas, medidas e avaliadas para que novas estratégias possam ser planejadas e colocadas em prática, quando se constatarem gargalos que limitem o acesso ou aumentem significativamente a busca pelos serviços de saúde. Nesse sentido, o acesso, vincula-se ao acolhimento, na medida em que propõe uma inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Parte-se da premissa de que é preciso atender todas as pessoas que buscam pelo atendimento no serviço de saúde, no intuito de garantir o acesso tanto na APS, quanto nos demais níveis de atenção.

Para dar conta desse processo, os trabalhadores necessitam desempenhar competências e habilidades que ultrapassam sua capacidade técnica, ou seja, serão necessários o desenvolvimento de habilidades relacionadas à escuta atenta e comunicação entre a equipe e destes com os usuários, postura transparente sobre as reais possibilidades do serviço para o cuidado, no âmbito da APS e em outros níveis de atenção, tomada de decisão compartilhada, inclusiva e com foco no empoderamento do binômio usuário-trabalhador/cuidador, construção de vínculos de confiança e afetos, respeitando as possibilidades dos trabalhadores como equipes de saúde, mas centrados no usuário.

A articulação da rede efetiva a continuidade do cuidado, permitindo a organização dos fluxos do usuário entre os seus diversos pontos. Nesse sentido, a literatura tem demonstrado algumas fragilidades vivenciadas pelos serviços de saúde. Constata-se, dessa forma, desafios como a debilidade da descentralização das ações entre os serviços de diferentes níveis,⁴⁰ permeado por problemas de comunicação, estes ocasionados pela subutilização de mecanismos de comunicação entre os níveis de atenção, ou em alguns casos a inexistência dos mesmos,⁴¹ ou ainda fragilidades relacionadas à conformação, postura, envolvimento, comprometimento e entendimento do significado de longitudinalidade e coordenação do cuidado por parte dos trabalhadores.⁴¹⁻⁴²

É nos encontros e nas redes de relacionamento que a produção do trabalho em saúde acontece. O agenciamento de dispositivos que tende à busca de inovações no modo

de gerir o cuidado coloca o usuário no centro da atenção e da gestão. É quando se efetuam os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do Sistema Único de Saúde.⁴³⁻⁴⁴

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado e do trabalho em saúde obedece a racionalidades teórico-metodológicas produzidas a partir de um processo sócio-histórico, em uma determinada época, que estabelece para gestores, trabalhadores e usuários formas de entender e intervir na saúde e na doença.⁴⁵

Dessa forma, verifica-se que para “pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares”^{7:14}. Nesse sentido, o modelo assistencial brasileiro pautado na Estratégia Saúde da Família tem sido apontado na literatura como propulsor de mudança das práticas, no caminho de uma clínica ampliada e centrada nas demandas do usuário. Entretanto, ressalta-se a necessidade de cumprimento desse papel, a fim de garantir, na prática, as mudanças desejadas.⁴⁶

No que se refere ao trabalho em equipe, os encontros entre os trabalhadores e destes com os usuários são acontecimentos que expressam a produção do cuidado. A atuação das equipes caracteriza-se como de alta complexidade em virtude da dinâmica social dos territórios, nos quais estão inseridos.⁴⁷ Os atravessamentos subjetivos que operam no cotidiano de trabalho da APS podem, em muitos casos, não ser percebidos pelo trabalhador, mas é a partir deles que o trabalhador faz opções sobre suas práticas, tecnologias de trabalho e o modo como vai se relacionar com o usuário.⁸

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentam notório esforço para atos de cuidado baseados nas necessidades de saúde dos usuários de seu território, distanciando-se em alguns momentos dos protocolos organizacionais, sendo tudo agenciado pelas diversas dificuldades e complexidades que interferem no processo de cuidar.⁴⁷ A preocupação que os trabalhadores apresentam e a sensação de incapacidade que vivenciam diante de situações de vida repletas de vulnerabilidades é determinada pelas diversas condições de vida que experienciam.

Pensar a gestão do cuidado sob uma perspectiva social e política requer uma aproximação da noção de saúde como um fenômeno social, resultante de um processo histórico e determinada pelas condições de vida e de trabalho das pessoas e de suas famílias. Requer a compreensão de que adoecimento nesta perspectiva também é demarcado por uma construção social, influenciado pelos comportamentos e estilos de vida.⁴⁸⁻⁴⁹ Diante do exposto, acredita-se que as políticas públicas necessitam evitar insistir na separação entre o social e a saúde, com riscos de se contrapor a integralidade, reforçando a fragmentação

da vida.

4 | A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA COMPLEXA NO NÍVEL HOSPITALAR

Ampliar a capacidade de resposta do setor diante da magnitude e da complexidade dos problemas de saúde da população é o desafio para a gestão em saúde. O conjunto de necessidades expressas e vividas pelos usuários correspondem a práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos trabalhadores de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e a escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.¹³

Assim, o pensar a gestão do cuidado perpassa pela busca da integralidade da atenção à saúde das pessoas, na relação e interação desta complexa rede de encontros e de estruturas. Estas dimensões, colocadas para além dos compromissos individuais e coletivos com a promoção da saúde, apontam para a discussão quanto aos limites e possibilidades de agir diante de diferentes realidades e perspectivas. Afinal, as perspectivas singulares ou toda a diversidade da realidade ainda estão incompletas, suscitam incertezas, diante das múltiplas facetas e da diversidade que envolve as questões relacionadas à saúde e sua gestão.⁵⁰

Abordamos aqui o tema em nível hospitalar, que como organizações sociais são sistemas complexos, dinâmicos, que envolvem várias relações e interações, comportando uma multiplicidade de tecnologias e trabalhadores, adotam várias estratégias e uma grande complexidade organizacional nas suas decisões e ações.⁵¹

A organização é entendida como a combinação das relações entre componentes ou indivíduos que produzem uma unidade complexa organizada ou sistema, dotada de uma relativa autonomia.² A organização constitui, mantém, alimenta sistemas autônomos, isto é, a autonomia destes sistemas. A autonomia sistêmica/organizacional é concebida a partir da ideia sistêmica de emergência e a ideia cibernética de retroação que são as ideias básicas do pensamento complexo. As emergências são as qualidades/propriedades novas (em relação às propriedades/qualidades das partes constitutivas tomadas isoladamente), cujas qualidades/propriedades emanam da organização. As emergências retroagem sobre as condições e instrumentos de sua formação, e por isso mantém a perenidade do sistema. A retroação diz respeito ao retorno de um efeito sobre as condições que o produziram. É a recursão que é a própria auto-organização, causa/produz os efeitos/produtos necessários à sua regeneração. A autoprodução produz ser e existência ao mesmo tempo que produz

os constituintes necessários a esse ser e a essa existência.

Os sistemas complexos são caracterizados como sistemas com múltiplos componentes em interação cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes. Estes sistemas desenvolvem uma capacidade de auto-organização, resultado de uma interação que produz padrões emergentes de comportamento entre as partes, de forma coerente com o todo e mesmo na ausência de um esquema ou plano estabelecido.⁵² Toda esta dinâmica e imprevisibilidade, a não linearidade, a criatividade e a autonomia dos agentes organizacionais, faz com que as práticas de gestão desenvolvidas em hospitais, possivelmente serão diferenciadas para que as condições e o cuidado de qualidade prevaleçam e que atendam às necessidades dos usuários.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente na busca do atendimento a suas necessidades. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.¹³

Mesmo que a gestão do cuidado, ou o cuidado gerencial, seja muito focado pelos enfermeiros como atividades eminentemente administrativas na área de recursos humanos (como elaboração de escalas de trabalho e remanejamentos) e dos recursos materiais (como reposição de materiais/ equipamentos e conferências), cabe salientar as ações educativas, a mediação e gestão de conflitos, a articulação das relações/interações na equipe e com o cliente, além das relações institucionais são relevantes para que a gestão do cuidado assuma a sua amplitude e complexidade.⁵⁰

Estas articulações das relações convergem para as dimensões de gestão do cuidado sugeridas por Cecílio²⁶, que se interpenetram, se complementam e se condicionam mutuamente. Assim, a nova organização dos serviços de saúde necessita contemplar o trabalho gerencial que deverá se ocupar dessas dimensões, com suas especificidades e, ao mesmo tempo, notável interdependência.

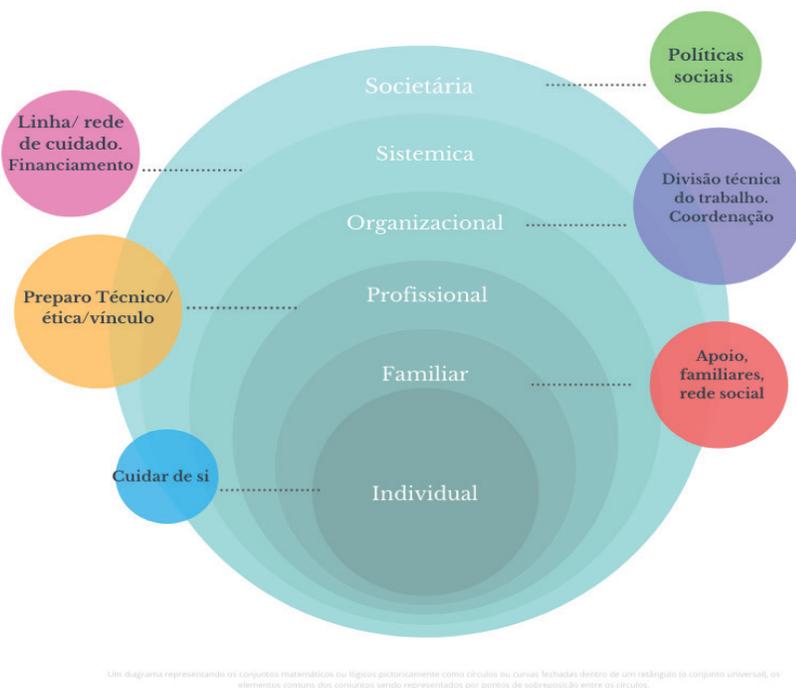


Figura 2: Macroconceito de gestão do cuidado. Adaptado de Cecílio (2011).

Ao analisar a gestão do cuidado no contexto hospitalar, conclui-se que o processo de produção em saúde nas áreas assistenciais é ruidoso e permeado por dificuldades, e também que muitos dos problemas identificados são possíveis de serem trabalhados.⁵³ Muitas vezes estes ruídos são conhecidos, mas continuam se reproduzindo, e aponta algumas respostas como explicação: a baixa governabilidade dos fornecedores para dar respostas às demandas das unidades assistenciais, especialmente àquelas relacionadas a amarras burocráticas do sistema de provisionamento e gestão de materiais; à complexidade das relações estabelecidas no interior da instituição, com relevância para a universitária, que é permeada por relações de poder muito cristalizadas e de uma autonomia muito grande dos trabalhadores que, por vezes, sobrepõem-se à missão institucional, destacando a autonomia do poder/saber médico; a falta de dispositivos institucionais para a efetivação de um processo de trabalho em equipe mais participativo e compartilhado, no qual as relações internas e externas possam ser mais bem equacionadas, dentre outros.

Assim, para a gestão dos serviços e do cuidado são incorporados novos saberes e práticas no âmbito das instituições para dar conta dos desafios nas múltiplas dimensões do cuidado em saúde. As novas perspectivas, mas também as dificuldades frente à gestão do

cuidado na perspectiva complexa sugerem a melhoria da comunicação, enfrentamento da fragmentação das políticas públicas, implantação de novos processos de trabalho voltados a gestão do cuidado, e a necessidade de capacitação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional para gestão do cuidado das pessoas.⁵⁰ Nessa dinamicidade e complexidade se consolida a gestão do cuidado, em todas as suas dimensões.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fundamentos do pensamento complexo têm se mostrado adequados para subsidiar a gestão do cuidado em saúde. Com possibilidade de religação dos pensamentos e disciplinas, eles contribuem para a formação do tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos e múltiplas interconexões que constituem nosso mundo fenomênico. A complexidade traz os traços inquietantes do emaranhado, do inexplicável, da desordem, da ambiguidade, das incertezas que estão presentes no cotidiano e realidade social e de saúde.

Todas as interações pessoais e institucionais presentes na gestão do cuidado, na perspectiva complexa, favorecem o acesso aos serviços e ao cuidado, na sua integralidade. O alcance do resultado organizacional ocorre na medida em que todas as partes que a compõem se reúnem, comunicam e compartilham recursos e informações entre si, permitindo o surgimento de novas ideias e soluções para os problemas de saúde e para a garantia da qualidade do cuidado, nos diferentes espaços e tempos do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gortari E. La ciencia de la lógica. Ciudad de México: Grijalbo; 1979.
2. Morin E. Introdução ao Pensamento Complexo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
3. Erdmann AL, et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. Rev. bras. enferm. 2004; 57(4): 467-71.
4. Morin E. O método IV: as idéias... Mira-Sintra: Publ. Europa América; 1992.
5. Spagnuolo RS, Guerrini IA. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. Interface (Botucatu, Online). 2005; 9(16):191-94.
6. Mori VD, Rey FG. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicol. teor. prat. 2012; 14(3):140-152.
7. Assis MMA. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária à saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. (Org.) Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. EDUFBA. 2015; 45-64.

8. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde e Soc.* (Online). 2015; 21 Suppl 1:102-14.
9. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*. 2005; 1(1).
10. Oliveira FSN. Micropolítica do trabalho na estratégia de saúde da família: quem cuida também precisa de cuidados? *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2011; 6(21): 239-48.
11. Souza ML, et al. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto contexto Enferm*. 2005; 14(2): 266-70.
12. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). CEPESC-IMC/UERJ – ABRASCO. 2009. 282
13. Graboys V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Mendes Junior WV, (Org.) *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. 153-90 p.
14. Coelho APC, et al. Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(2):1-7.
15. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, Silva CRC. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate*. 2015; 39(105):337-49.
16. Hussain T, et al. Provider perspectives on essential functions for care management in the collaborative treatment of hypertension: the P.A.R.T.N.E.R. framework. *J. gen. intern. med*. 2014; 30(4):454-61.
17. Nontapet O, et al. Conceptual Structure of Primary Care Competency for Thai Primary Care Unit (PCU) Nurses. *Thai J Nurs Res*, 2008; 12(3):195-206.
18. Parsons M, et al. Should Care Managers for Older Adults Be Located in Primary Care? A Randomized Controlled Trial. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2012; 60(1):86-92.
19. Nutting PA, et al. Care Management for Depression in Primary Care Practice: Findings From the RESPECT-Depression Trial. *Ann. Fam. med*. 2008; 6(1):30-7.
20. Malouin JM, et al. Physician and Staff Acceptance of Care Managers in Primary Care Offices. *J. am. board fam. med*. 2017; 30(2):140-49.
21. Stewart A, Macintyre G. Care management in the twenty-first century: Persistent challenges in implementation in the context of the emergence of self-care. *Journal of Integrated Care*. 2013; 21: 91-104.
22. Santos AM, Giovanella, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(3):1-15.
23. Acuna FA, Moraga RM. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc. enferm. Concepción*. 2015; 21(3):73-85.
24. Fernandes MC, Silva LMS. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Rene* (Online). 2013; 14(2):438-47.

25. Paiva TCR, Martins MIC. As atividades do cuidado na área da gestão em saúde. In: Martins MIC, et al. (Org.) Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas. Portugal - Brasil: Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho, Escola Acional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo da Cruz (Fiocruz). 2014; 293-303.
26. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu, Online). 2011; 15(37):589-99.
27. Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(4):460-68.
28. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. Rev. bras. enferm. 2009; 62(2):294- 99.
29. Matumoto S, et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface (Botucatu, Online). 2005; 9(16):9- 24.
30. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em Saúde. In: Marins JJ, et al. (Org.). Educação, Saúde e Gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: Abem- Hucitec; 2011.
31. Dombrowski JG, Pontes JÁ, Assis WALM. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. Rev. bras. enferm. 2013; 66(6):827-32.
32. Cecilio LCO, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(11):2893-902.
33. Pereira AMM, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. Saúde debate. 2012; 36(94):482-99.
34. OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
35. Melo E, Mattos R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: Mendonça MHM, et al. Atenção Primária à saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. 95-116p.
36. Soder R, et al. Desafios da Gestão do Cuidado na Atenção Básica: Perspectiva da Equipe de Enfermagem. Enferm. foco (Brasília). 2018; 9(3):76-80.
37. Paes LG. Gestão do cuidado na atenção primária em saúde [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2019. 194 p.
38. Ritter F, Rosa RS, Flores R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(12):2523-34.
39. Tesser CD, et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(11):4295-306.

40. Alves RS, et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3):650-57.
41. Brito ESV, Oliveira RC, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Rev. bras. saúde mater. infant.* 2012; 12(4):413-23.
42. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2005; 39(105):363-74.
43. Baduy RS, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2):295-304.
44. Ferreira VSC, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(4):898-06.
45. Tesser CD, Luz MT. Racionalidade médicas e integralidade. *Ciên. Saúde Colet.* 2008; 13(1):195-206.
46. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Curso de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP; 2013. 332 f.
47. Agonigi RC, et al. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71 Suppl 6: 2659-65.
48. Geib LTS. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciên. Saúde Colet.* 2012; 17(1):123-33.
49. Mori VD, Rey FG. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicol. teor. prat.* 2012; 14(3):140-52.
50. Meirelles BHS. A gestão do cuidado em saúde e enfermagem na perspectiva complexa e integral à pessoa com HIV/AIDS [relatório]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq/ Bolsa de Produtividade em Pesquisa 2015-2018; 2018. 151 p.
51. Coelho B. Gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/AIDS e sua interface com a adesão à terapia antirretroviral em um município do sul do Brasil [tese]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
52. Stacey RD. *Complexity and Creativity in Organizations.* San Francisco: Berett-Koehler Publishers; 1996. 312 p.
53. Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo [doctor's thesis]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2002. 202 p.