

INTEGRALIDADE: O DESAFIO DO GESTOR HOSPITALAR

Gleicimary Nunes de Paula

Graduanda do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar

Ângela Barbosa Montenegro Arndt

Profa. Doutoranda em Educação Titular do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as produções científicas que abordam a ação integral em saúde e que tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. A integralidade em saúde constitui um grande desafio do gestor por ampliar o cuidado da saúde e reduzir os agravos da morbidade, conforme previsão da lei nº 8080/90. Trata-se de um estudo qualitativo e retrospectivo, o qual utilizou a técnica de revisão narrativa como aporte metodológico. Foi realizada a pesquisa tendo como fonte de dados os artigos científicos publicados nas bases de dados eletrônicos Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), pela combinação dos descritores em ciência da saúde (DeCS): “integralidade em saúde”, “administração hospitalar”, “sistema único de saúde”, “educação continuada”, “Gestão em saúde”. Os resultados evidenciam que o desafio do gestor é executar um serviço equilibrado em todas as vertentes as quais, transversaliza a integralidade do cuidado, na prevenção de doenças e suas diferentes patologias priorizando as atividades preventivas e complementares, sem prejuízo dos serviços assistenciais dentro do planejamento estratégico como mudança de cultura organizacional. No desafio da integralidade em saúde, cabe ao gestor exercer uma consciência ética, influenciando e inspirando fidelidade em todo o corpo corporativo hospitalar e propiciando o engajamento multiprofissional vinculando estratégias dentro da educação continuada que, contempla a articulação das ações e instruções dos diversos profissionais inseridos neste ambiente.

Palavras Chave: Integralidade em saúde, Administração Hospitalar, Sistema único de saúde, Educação Continuada, Gestão em saúde.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the scientific productions that address the issue of integral action in healthcare and that have been frequently associated to a respectful, dignified treatment with quality and care. Integrity in healthcare constitutes a great challenge for the manager, because it implies expanding health coverage and reducing the aggravating effects of morbidity, according to law nº 8080/90. This work is a qualitative and retrospective study that uses the narrative review technique as a methodological framework. The research was carried out on the basis of scientific articles published in the electronic databases of Latin

American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), through the combination of health science descriptors (DeCS), such as: “integrality in healthcare”, “hospital management”, "unified health system", "continuing education", "health management". The results show that the manager's main challenge is to execute a balanced service in all areas that intersect with the integrality of care, with illnesses and their different pathologies, prioritizing preventive and complementary activities, without jeopardizing the assistance services provided within the strategic planning of organizational cultures. In the challenge of health integrity, it is up to the manager to exert an ethical conscience, influencing and inspiring fidelity in the entire corporate hospital body and promoting multiprofessional engagement by connecting strategies within the realm of continuing education, in such a way that contemplates the articulation of actions and instructions of the different professionals belonging to this environment.

Keywords: Integrality in Health Care, Hospital Management, Unified Health System, Continuing Education, Health Care Management.

INTRODUÇÃO

A integralidade em saúde é um conceito fundamental para os gestores do Sistema Único de Saúde SUS. É indispensável que se considere um hospital como uma estrutura viva, de alto dinamismo operacional, com atividades caracteristicamente polimorfas, que envolve uma gama diversificada de aspectos. Além da atividade de assistência médica/paramédica que se desdobra no hospital, funcionam ali, setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, como a hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, sendo que cada um individualmente já tem a necessidade de uma gestão eficiente. Assim, a gestão de um hospital é um desafio à medida que deve colocar todos estes segmentos em funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e economicamente viável. (RUTHES, CUNHA, 2007). Torna-se o maior desafio do gestor para alcançar o modelo supracitado.

Diante desse grande desafio, o administrador hospitalar será o articulador das ações e provedor da estrutura utilizando as estratégias de educação continuada, especialização e aprimoramento das equipes multiprofissionais, promovendo conhecimento e gerando um serviço em saúde, assim corroborando com um modelo eficiente e coeso, ascendendo à integralidade do cuidado, na generalidade com humanização, logo alcançando a tríade: universalidade, equidade e integralidade. Dentre as garantias constitucionais que asseguram o direito à saúde no Brasil, vale destacar a criação de um sistema público de saúde universal, integral, igualitário e gratuito. Denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde brasileiro foi modelado para o atendimento de todo ser humano em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa. Criado pela Constituição Federal de 1988, na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, o SUS é constituído por serviços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. (AITH, ET AL 2013). A vicissitude da educação nos transforma. O trabalho apresentado é alcançar a integralidade em saúde utilizando as estratégias como modelo para o ambiente organizacional dentro de uma inteligência coletiva e corporativa. A educação continuada tem o poder de nos conduzir a uma visão mais ampla e aprimorada, fortalecendo-nos ao alinhamento desse conhecimento para tomada de decisões. Na busca de saberes e dentro da confiabilidade, o gestor em saúde estará intrinsecamente ligado ao conhecimento e discernimento executando o trabalho com humanização e ética fortalecendo as oportunidades de negócios, posto isso, como diferencial, a capacitação da educação continuada, é aqui reforçada, para manter o profissional atualizado, sendo um requisito indispensável para gerir.

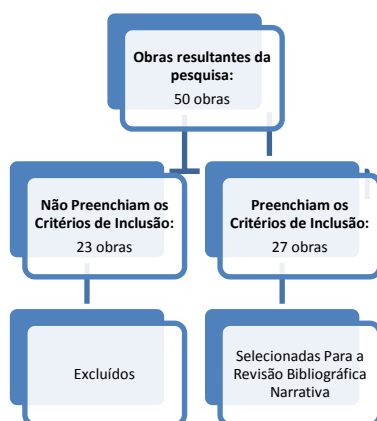
Logo, a justificativa desta obra pauta-se na necessidade de intensificar as ações e estratégias, voltadas para o ensino continuado e como recurso para qualificação e especialização de pessoal. O estudo apresentado foi norteado para verificar os contextos e combater os entraves que são desafios para os gestores em saúde na atualidade no Brasil, pois para alcançar uma atenção integral voltada para a tríade: universalidade, equidade e integralidade, torna-se necessário um modelo estratégico de planejamento organizacional estruturado.

O objetivo primário da pesquisa buscou identificar a integralidade em saúde dentro dos canais de comprometimento das ações complementares e articuladas pelo gestor, e secundariamente apontar estratégias utilizadas pelos gestores dentro do processo de conhecimento científico e tecnológico.

METODOLOGIA

Estudo de revisão de literatura narrativa sobre a integralidade e os desafios da gestão hospitalar. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, que buscou responder as seguintes questões: Qual o seu papel neste contexto? Como sobrepujar os entraves burocráticos que permeiam a gestão pública? A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2010). Partindo desse princípio, foi escolhida a revisão narrativa que são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. (ROTHER, 2007). Tendo como fonte de dados materiais disponíveis nas bases de dados eletrônicos Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com recorte temporal entre os anos de 2006 a 2016, responderam a combinação dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), em português e inglês: “Integralidade em saúde/Integrity in Health Care”, “Administração Hospitalar/Hospital Management”, “Sistema único de saúde/Unified Health System”, “Educação Continuada/Continuing Education”, “Gestão em saúde/ Health Care Management”. A pesquisa bibliográfica incluiu a busca de teses, dissertações, livros e legislação sobre o tema. Os textos foram ordenados e analisados por ordem de publicação conjuntamente atendendo como critérios de inclusão e, garantindo o rigor ao processo de revisão conforme figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos que enfocam aos critérios de pesquisa.



Fonte: Autoras (2017).

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram referências teóricas de artigos que ressaltam a perspectiva de mudanças entre as múltiplas intervenções técnicas, efetivas, resolutive e integrativas da equipe de trabalho promovendo a integralidade em saúde nas vertentes do comprometimento das ações complementares e especializadas para uma eficiente administração hospitalar. Dentro de autores selecionados para categorias de análise.

Quadro 1 – Revisão de literatura ordenada por ano de publicação. Período 2006-2016. Brasil, 2017.

TÍTULO	TIPO DE OBRA	BASE DE DADOS	TIPO DE ESTUDO	METODOLOGIA	AUTORES/ANO
Os desafios da administração hospitalar na atualidade.	Artigo de atualização	LILACS	Não especificou na metodologia.	Abordagem Estudo de atualização de literatura	RUTHES, CUNHA, 2007.
Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade.	Artigo	LILACS	Não especificou na metodologia.	Abordagem quali-quantitativa	FERREIRA, et al., 2009.
O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS.	Literatura científica	LILACS	Estudo descritivo e analítico.	Abordagem qualitativa	GRANJA, ZOBOLI, FRACOLLI, 2009.
Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.	Artigo	SCIELO	Não especificou na metodologia.	Abordagem qualitativa	GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010.
Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a	Artigo	LILACS	Estudo de pesquisa exploratório.	Abordagem qualitativa	AITH et al., 2013.

perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica.					
Interdisciplinaridade (Além Da Multidisciplinaridade): Em Busca Da Integralidade Através Do Trabalho Em Grupo Nas Ações De Educação Em Saúde.	Artigo	SCIELO	Estudo de pesquisa integral e resolutiva.	Abordagem qualitativa	FONTOURA, 2014.
Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores.	Artigo	SCIELO	Estudo de pesquisa sistemático.	Abordagem qualitativa	MORAIS, COSTA, 2014.
Integralidade e humanização na gestão do cuidado.	Artigo	LILACS	Estudo de pesquisa descritiva, exploratória.	Abordagem qualitativa	MEDEIROS et al., 2016.

Fonte: As autoras, 2017.

A narrativa desenvolvida no presente trabalho está interessada em destacar o potencial criativo dos profissionais para a efetivação da integralidade do cuidado, pois, existe um enfrentamento da qualidade de vida e do bem estar do indivíduo sócio psicológico emocional, biológico que transversaliza o cuidado na promoção a saúde. Saúde essa esfacelada do ser humano. O cuidado precisa estar voltado para o atendimento de forma holística a partir da promoção em saúde na atenção básica é necessário uma parcialidade no atendimento. Muitas vezes o paciente vai diretamente para alta complexidade, não busca a atenção primária, mas é através desta que se verifica o saneamento básico, a infraestrutura, a causa da doença e o próprio direito à saúde através da informação.

Diante disso, as modificações necessárias nesse contexto são o de entender o porquê das condições de vida e da desigualdade social, a saúde está esfacelada, o sistema está adoecido e a política financeira precisa que as leis sejam reeditadas com ética e moral para fazer a saúde voltar aos trilhos da tríade universalidade, equidade e integralidade, no alcance principalmente do sujeito assistido pelo SUS, dando-lhe aquilo que é de direito digno fomentado pela lei máxima, a Carta Magna, a qual dá a todos os brasileiros o direito à saúde. Por outro lado a universalidade tem de abranger a todas as pessoas e classes menos favorecidas dentro da atenção primária com educação em saúde.

O adensamento tecnológico das especialidades faz com que o indivíduo não seja atendido na sua integralidade e por isso o serviço precisa ser adequado ao contexto do paciente em apoio e direcionamento ao processo de saúde que é um contínuo desde a atenção primária até a sua alta. Que seja essa liberação com sua total recuperação, dentro da condição de vida, da dignidade, da cidadania e dos direitos oferecidos ao cidadão através de uma política. Existe o interesse nesse processo para se fazer acontecer? A transversalidade e a diversidade que o SUS fornece, através da sua estrutura, não têm sido suficiente para a grande demanda, tornando-se necessário uma adequação para alcançar a tríade, universalidade, equidade e integralidade. Assim discutir a atual gestão pública na saúde torna-se o primeiro passo para direção aos desafios que ela oferece, e o gestor hospitalar é o principal ator neste cenário de mudanças para um gerir contextualizado nas necessidades atuais e emergentes. Qual o seu papel neste contexto? Como sobrepujar os entraves burocráticos que permeiam a gestão pública? Buscamos responder por meio da revisão realizada conforme exposição abaixo.

Integralidade

As diferentes abordagens sobre a integralidade aos serviços de saúde estão embasadas nas diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, a qual fala em um atendimento integral, dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, sem prejuízo dos serviços assistenciais nos diferentes níveis de complexidade apontados em cada caso. A Constituição de 88, a “Carta Magna”, reconhecida como direito de todos e dever do Estado, garante avanços patrióticos, democráticos e sociais; direitos esses inseridos ao SUS.

Segundo (CECILIO, MERHY, 2003), A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível às necessidades de saúde trazida por cada um.

No início da década de 1980, a discussão sobre ‘integralidade’ já estava presente no cenário do Movimento de Reforma Sanitária, em geral, associada às tentativas de superação da dicotomia entre as ações assistenciais curativas, de caráter individual, e as ações de promoção e de prevenção, que tinham por alvo a coletividade” (CARVALHO, 1993 apud CUNHA, 2009).

Segundo (FERREIRA, ET AL, 2009) a discussão da integralidade nas ações de saúde antecede a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), é um conceito que implicitamente abarca equidade e universalidade no acesso, visto serem estas condições sem as quais seria impossível a construção de um sistema de saúde que se diga integrais. Para (CECÍLIO 2001, p. 113), “universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da reforma sanitária brasileira”.

A integralidade pode não ser problematizada quando há o comprometimento de todos que percorrem as diferentes necessidades em diferentes momentos da singularidade da vida dentro de uma estação de trabalho, e ainda, a integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade (CECILIO, MERHY, 2003). Como afirma (CECILIO, MERHY, 2003), ainda segundo o autor, na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado realiza-se em uma rede mais ampla de serviços, na qual o hospital é apenas uma estação.

A integralidade das ações alcança algumas formas: a vertical e a horizontal. Dentro das ações horizontais encontramos a transversalidade, a qual se insere a possibilidade de mudanças. Chamamos de transversalidade (GUATAPI, 1981) o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal. (BENEVIDES, PASSOS, 2005).

Dentro do processo do conhecimento e das habilidades está a área de especialização, que traz como modelo de estratégia da especialização uma reorganização da percepção no desenvolvimento gerencial e na qualificação das competências profissionais, onde o planejamento diferenciado e consistente diversifica sobre a estratégia de melhor desempenho dos métodos e indicadores. A formação deve dar ferramentas para que os profissionais de saúde tenham condições de trabalhar a transdisciplinaridade. Ou seja, para que possam trabalhar realmente em equipe, sem que os vários conhecimentos sejam desprezados e que possam convergir para uma mesma ação. (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Essa “perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que “uma

profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor” (MACHADO ET AL.; 2007)”.

Definição de estratégia

Estratégia é uma palavra com origem no termo grego “strategia”, que significa plano, método, manobras ou estratégias usados para alcançar um objetivo ou resultado específico (DIC. Significados ONLINE 2007) Depois de várias fases e significados, o termo “estratégia” evoluiu para uma disciplina do conhecimento em gestão, a gestão estratégica, com conteúdos, conceitos e razões práticas, vindo a conquistar espaço nos âmbitos acadêmico e empresarial (MAINARDES; FERREIRA; RAPOSO, 2011 apud DESS; LUMPKIN; EISNER, 2007). A gestão usa este antigo termo militar para fazer uma associação entre a atividade do general e a do gestor da organização (MAINARDES, ET AL 2011 apud STEAD; STEAD, 2008).

Segundo (CAMARGOS DIAS 2003), qualquer que seja a definição, destaca-se algumas palavras-chave que sempre a permeiam, entre elas: mudanças, competitividade, desempenho, posicionamento, missão, objetivos, resultados, integração, adequação organizacional, palavras que muitas vezes reduzem sua amplitude, ao serem empregadas como sinônimos dela.

Representando hoje um importante instrumento de gestão empresarial num mercado competitivo e turbulento, a estratégia tem como principal objetivo preparar a organização para enfrentar o ambiente hostil da atualidade, utilizando, para isso, as competências, qualificações e recursos internos da empresa, de maneira sistematizada e objetiva (MAINARDES, 2011 apud DESS; 2007).

A educação continuada para a equipe multidisciplinar tem como objetivo especializar o trabalhador da saúde. A ação do gestor nessa prática é a busca das necessidades e da implementação de conhecimentos inovadores como “estratégia” gestora eficaz. Verificar a problemática existente e potencial na instituição, que caracteriza entrave, e atuar em parceria com os gestores técnicos científicos, e enfermeiros nas respectivas áreas das especialidades afins, de todo o hospital. Como requisito básico, na, com a, e para a, prática profissional de conhecimentos e de cultura com a possibilidade do aperfeiçoamento, logo transformando a realidade existente em novidade eficiente de serviços prestados, alcançando a integralidade nos objetivos de saúde. De acordo com (FERREIRA; KURCGANT, 2007), nesse âmbito, a educação continuada é considerada também fundamental para uma tomada de consciência da necessidade da formação profissional sistemática, programada de modo a atingir todos os níveis, oferecendo a todos a oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Assim, o enfermeiro é um educador em qualquer campo de atuação, seja no ensino ou na assistência, sendo este processo de trabalho tão importante quanto o de pesquisa ou o administrativo. A eficácia do treinamento de enfermeiros para uma assistência à saúde, em nível hospitalar, depende diretamente das experiências de ensino aprendizagem proporcionadas por essa Instituição, cujo programa global deve conter as ações de saúde que lhe compete prestar à população que lhe é adstrita. Isto significa que é intrínseco ao hospital, como a qualquer instituição produtora de bens ou serviços, responsabilizar-se pelo contínuo aperfeiçoamento de todo o seu corpo de pessoal. Para tanto, é necessário o planejamento detalhado das propostas de capacitação de pessoal que alberguem conhecimento nas dimensões técnico científica, ético-política e socioeducativa. É necessário, ainda, que envolvam todas as dimensões do ser humano, ressaltando os valores sociais, políticos, religiosos e filosóficos que influenciam a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do aprendiz. Assim, os gestores e as

instituições hospitalares devem investir na capacitação dos recursos humanos, considerando os contextos sócio-político-econômico e de saúde vigentes. (FERREIRA; KURCGANT, 2007).

Dentro do ensino continuado, verificam-se metodologias e ferramentas para cada situação que poderá trazer resultados na qualificação do profissional e na redução de riscos tais como: regimentos, normas, protocolos, procedimentos operacionais padrão (POP), os quais devem ser elaborados respeitando as diretrizes dos Protocolos estabelecidos por lei na Resolução COFEN nº 358 /2009, definidos conforme abaixo:

a) Protocolo

Os protocolos clínicos têm foco na padronização de condutas clínicas, baseados em fundamentação técnica e científica diretriz organizacional e políticas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009) e ainda de acordo com Werneck, (2009), esse tipo de protocolo é bastante utilizado na enfermagem. Os protocolos de organização do serviço são instrumentos de gestão que abordam os métodos para organização do trabalho, fluxos administrativos da instituição, os processos de avaliação, bem como a estruturação do sistema de informação que abrange toda empresa ou serviço. “A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde”. (PIMENTA, ET AL. COREN-SP, 2015).

b) Procedimento Operacional Padrão (POP)

Procedimento Operacional Padrão (POP) é um manual de regras e maneiras de executar o cuidado eficiente e adequado na integralidade da saúde, dentro de uma instituição hospitalar ou afim. Inseridos nos padrões da legalidade das instituições reguladoras; o POP, trás a padronização dos processos viabilizando a execução da rotina do trabalho, reduzindo a inconstância causada por imperícia e adequações imprevistas, numa interação alcançável a todos envolvidos no processo. De acordo com (ALMEIDA, M. I. ET AL, 2011), o planejamento é um instrumento que auxilia nas escolhas e na elaboração de planos futuros, formado por um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos ordenados de forma a possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, para alcançar os objetivos e as metas pré-estabelecidas, que se caracteriza por ser um processo contínuo.

O procedimento Operacional Padrão - POP é a base para a garantia da padronização das tarefas e assim garantir aos seus usuários um serviço ou produto livre de variações indesejáveis de imperícia, imprudência (art. 12 da Resolução Cofen 311/2007).

c) Programa de Educação Continuada- PEC

O Programa de educação continuada (PEC) é entendido como de mudança, não só pela instituição, mas também para capacitar, transformar a pessoa através de ações, atividades, posturas corroborando para a atualização, treinamento, aperfeiçoamento dentro das mudanças resultantes da globalização e dos avanços tecnológicos, têm como objetivo capacitar aprimorar e especializar a equipe multidisciplinar para uma assistência no modelo

da integralidade. Assim sendo, a PEC é um veículo modificador de aprendizagem, com vistas à atualização e capacitação frente as evoluções técnico-científicas da instituição e do trabalhador. Posto isso, a educação permanente é outra expressão utilizada na prática educacional no trabalho. Concomitantemente, como prática de ensino-aprendizagem e como política de educação na saúde, já que envolve a contribuição do ensino ao SUS (Resolução CNS 353/2003 e da Portaria MS/GM 198/2004), tornando-se deste modo, uma estratégia de formação e desenvolvimento de profissionais para o SUS, já que articula o ensino, o trabalho e a cidadania. (FERREIRA, 2013; CECCIM, 2005, p. 167).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004.

Vale ressaltar que, o Ministério da Saúde tomou a Educação Permanente em Saúde como ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde. A proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Estratégia clínica multiprofissional

O entendimento da integralidade reforça a intensão da atuação das equipes multiprofissionais numa contribuição de construção de saberes e práticas que abarcam a concepção de equipe de saúde como unidade produtiva de trabalho. Visto que a equipe multiprofissional precisa de interação, para compartilhar conhecimentos múltiplos de comunicação interpessoal, interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial. Num simples somatório de conceitos as concepções envolvidas nesse entendimento tornam-se importante sustentando o princípio da integralidade. De acordo com (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2008), o trabalho da equipe multiprofissional de saúde é um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais. E ainda, o trabalho em saúde é permeado todo o tempo por práticas multi, pluri e interdisciplinares, conforme os problemas que se colocam as demandas surgidas e a necessidade de resolução. Segundo FONTOURA (2014), o trabalho desenvolvido em equipes multidisciplinares com abordagem interdisciplinar contribui de forma efetiva na reorganização do sistema assistencial desenvolvido nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que implica um caráter transformador nas práticas de saúde, tornando-as mais efetivas, resolutivas e integradas. Entretanto, para que de fato isso ocorra, faz-se necessária a superação de práticas fragmentadas entre as equipes de profissionais e destas com os usuários, fragmentação esta que finda por sustentar a descontinuidade dos processos de trabalho e influenciar negativamente a atenção à saúde. Tal superação, inclusive, constitui um

dos desafios apontados pelo Ministério da Saúde para a efetivação de uma política nacional de humanização da atenção e da gestão da saúde. (FONTOURA ET AL, 2014 APUD APRILE ET AL. 2009; COSTA, ENDERS, MENEZES, 2008). Assim consideramos que (2008), A atividade de trabalho de uma equipe se integra permanentemente com outros serviços e outras equipes. (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2008).

Estratégia estrutural/ física

A estrutura de uma organização é um conjunto de atividades dentro de uma divisão e coordenação laboral; e que, MEDEIROS (2016), na produção do cuidado todos os elementos estruturantes, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade assistencial e da humanização, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao usuário crítico. (MEDEIROS, ET AL 2016). Posto isso, dentro da estrutura física hospitalar, considerando a diversidade das especialidades, o gestor hospitalar deve promover e viabilizar os meios e equipamentos e assistência humana para o cuidado na sua integralidade. Consoante à estratégia estrutural física, dentro da evolução dos serviços prestados, temos o exemplo da acreditação hospitalar como um método de avaliação hospitalar dentro dos recursos institucionais como garantia de uma boa qualidade na assistência de padrões previamente definidos. Segundo (RODRIGUES, 2004), o Programa Brasileiro de Acreditação surge como estratégia do Ministério da Saúde para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde, bem como a qualidade da gestão e da assistência prestada. A acreditação enfocada sob essa ótica é um processo formal, espontâneo e externo que avalia e reconhece se o serviço atende ou não a padrões pré-definidos no Manual de Acreditação (Ministério da Saúde, 2002). Para tanto, Como o processo de acreditação nacional é de caráter voluntário, cabe ao hospital à prerrogativa de analisar os potenciais benefícios gerados pela acreditação e decidir pela sua implantação ou não. (MENDES, MIRANDOLA, 2015 APUD ONA, 2013). A acreditação é um veículo de melhoria e transformação dentro de uma instituição, garantindo maior satisfação no cuidado gerando uma cultura colaborativa de processo educativo contínuo; esse impacto fomenta o sucesso dentro da estrutura hospitalar numa força de trabalho qualificada através do planejamento estratégico organizacional, ratificando assim para uma responsabilidade maior quanto ao processo administrativo.

Estratégia de administração hospitalar

Notadamente, como estratégia administrativa, num processo de construção do futuro está o sistema de informação em saúde (SIS), a qual, a gestão estará integrada nesse processo oportunizando informações através dos recursos administrativo e financeiro garantindo melhor eficiência e integrando as diversas soluções fragmentadas em uma contribuição essencial dentro da ampliação e da inovação no alcance de soluções e resultados, buscando capturar melhores métricas clínicas, financeiras e serviços reduzindo custos. No entanto, concomitantemente a esse processo (2014), trabalhos que fazem referência ao uso dos SIS sugerem que uma infraestrutura de tecnologia da informação para o SUS, que ofereça suporte adequado para sua gestão, ainda é um desafio para a administração pública. (MORAIS, COSTA, 2014). Sincrônico, ao que tange à estratégia administrativa, na saúde, alocar recursos financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor e os

profissionais enfrentam cotidianamente. Isso se aplica tanto no nível da macrogestão, quanto da micro gestão da saúde. (GRANJA, ZOBOLI, FRACOLLI, 2009).

Estratégia planejamento econômico

Para que seja executado o instrumento base normativo e avaliativo dentro do SUS, o Programa Nacional de saúde (PNS) entra como coadjuvante referencial no processo de instrumento ao planejamento do SUS obedecendo aos prazos estabelecidos e os aportes gerados pelas demais estratégias de gestão e controle.

O processo de planejamento tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria nº. 2.135, de 25/09/2013. Esta Portaria, além de institucionalizar o processo de planejamento, indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório de Gestão (RAG). Em função da determinação normativa de configurar-se em um instrumento base para a execução, o acompanhamento e a avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), o PNS afirma a sua condição de referencial para os demais instrumentos de planejamento, incluindo aqueles de monitoramento e avaliação, e estabelece a sua prerrogativa de dinamizador do processo de gestão do SUS, em um período quadrienal. (Plano Nacional de Saúde PNS 2016-2019).

Supracitado, a conexão direta entre a disponibilidade de meios e o cenário econômico foi estabelecida pela Emenda Constitucional nº 86, aprovada em 17/03/2015, que vinculou os recursos para a saúde à Receita Corrente Líquida (RCL). Isso ocasionará a necessidade de aprimoramento de controles de execução, bem como do monitoramento, devido à instabilidade do cenário econômico atual e à imprevisibilidade que gera sobre as projeções de disponibilidades futuras. O mesmo dispositivo legal referenda o dispositivo da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) ao estabelecer a obrigatoriedade de emendas parlamentares individuais dentro do piso gerado pela vinculação à RCL. Esse contexto legal induz o MS a aprimorar sua capacidade de gestão, de forma a criar sinergia entre sua programação e as proposições apresentadas ao Orçamento da União, por meio de emendas parlamentares individuais, no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da possibilidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras (Plano Nacional de Saúde PNS 2016-2019). A integralidade da gestão nesse sentido, fortalece uma otimização dos gastos trazendo eficiência e êxito aos objetivos e metas pré- estabelecidas.

Ética

Os conceitos de moral e ética são, com frequência, usados como sinônimos. Moral vem do latim “more, moris”, que significa maneira de se comportar regulada pelo uso; daí o sentido da palavra costumes e de “morale, moralis”, adjetivo referente ao que é relativo aos costumes. Já ética vem do grego “ethos” que tem o mesmo significado de costume. Portanto, ética e moral referem-se ao conjunto de costumes tradicionais de uma sociedade e que, como tais, são considerados valores e obrigações para a conduta de seus membros. (COLTRO, SANTOS, 1998 apud ARANHA e MARTINS (1993)).

A ética e a verdade, a qual é a essência da consciência humana, vem de dentro, tem a ver com o ser. O modelo de comportamento ético, para o gestor, é vital para a avaliação dos aspectos essenciais da cultura de uma instituição hospitalar dentro dos níveis estratégicos implicados numa visão ampla, ver o todo, de estar focada em cenários, transformações, oportunidades, riscos e ameaças. Corroborando com a perspectiva multidimensional da ética da inteligência, consciência, emoção, vontades e comportamento. A gestão integral e ética é o desafio do profissional administrador, e executar um serviço equilibrado em todas as vertentes no hospital gerindo as equipes, conscientizadas do dever e ou necessidade de ser ético responsabilizando assim todo o corpo hospitalar cada um no seu papel distinto onde a integralidade das ações converterá ao êxito (o êxito da gestão está na finalização que é o serviço prestado ao usuário, com o resultado esperado: cuidado/saúde).

Considerações finais

Embasada nas diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde SUS, instituída pela Constituição de 1988, as quais vêm garantir através de diversos avanços das tecnologias em saúde, uma atenção integral, não temos dúvida sobre as concepções e indagações concernentes à integralidade em saúde. O acesso aos serviços, igualdade no atendimento e integralidade na assistência são interesse da coletividade, cabendo ação permanente c dos profissionais de saúde e dos gestores, numa interação multidisciplinar, que alcança algumas formas: a vertical, que está para os serviços de saúde e hierarquiza os gestores e a horizontal que está para as ações dentro de uma comunicação que transversaliza a possibilidade de mudança na busca de oportunidades e crescimento profissional e pessoal.

Grande parte da proposta apresentada com base nos dados de informação e conhecimento dos artigos aqui apresentados testificou que uma estratégia bem articulada e empregada conduzirá a equipe a uma sinergia melhorando a qualidade e interação aos objetivos disponibilizados para tomada de decisão frente às variadas formas de se fazer, ofertando ao meio, mudança, posicionamento e empreendimento correto frente à condição de gerir.

O ensino continuado, concomitante à estratégia, é apresentado como uma ferramenta para o crescimento e conhecimento profissional, tem o intuito de albergá-lo as melhores práticas profissionais, capacitando e transformando, numa dimensão educativa, científico e sócio- educativo aos gestores e as instituições hospitalares. Convertendo em redução de riscos, melhores resultados de retrabalho, organização dos fluxos administrativos e ajudando nos processos de avaliação dentro da estrutura organizacional no alcance de metas pré-estabelecidas dentro do processo de conhecimento do ensino continuado. E para que todo esse processo seja equilibrado dentro da vertente da transversalidade, isto é, superando a comunicação e a troca circulante de ações, os conceitos da moral e da ética, devem ser subjetivadas, conscientizadas, equilibrando as vertentes.

E concomitante a organização estrutural e física, e considerando a diversidade das especialidades, o gestor precisará promover recursos administrativos e financeiros, dentro do planejamento econômico em consonância com a lei de diretrizes orçamentária, para que os meios, objetivos e metas; de alocar recursos equipamentos, insumos, para a assistência humana esteja dentro da segurança e eficácia na evolução dos serviços prestados. Garantindo uma cultura colaborativa e integralizando as diversas fragmentações na que se aplica à micro e macro gestão.

Estudos de campo com amostra significativa de hospitais que demonstrem a realidade da prática do gestor e os desafios da integralidade suplantariam a limitação teórica do presente estudo.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando, BUJDOSO, Yasmim, NASCIMENTO, Paulo Roberto do, DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica 2014.** Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804> Acesso em: 06 de agosto de 2017.

ALMEIDA, Maria de Lourdes de ET AL. **Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar 2011.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17> Acesso em: 07 de julho de 2017. Acesso em: 07 de julho de 2017

BATISTA, Karina Barros Calife, GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado.** Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725> Acesso em: 12 de julho de 2017.

BENEVIDES, Regina, PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=sa%C3%BAde%3A+Humaniza%C3%A7%C3%A3o+na+sa%C3%BAde%3A+um+novo+modismo%3F&btnG=&lr=> Acesso em: 03 de julho de 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de oliveira, MERHY, Emerson, Elias. **A Integralidade Do Cuidado Como Eixo Da Gestão Hospitalar 2003.** Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf> Acesso em: 08 junho de 2017.

COLTRO, Alex, SANTOS, Silvio Aparecido dos. **A Busca Da Compreensão Da Racionalidade E Da Ética Da Ação Administrativa Na Gestão De Uma Organização Hospitalar Pública.** Disponível em: http://sistema.semead.com.br/3semead/pdf/Adm_Geral/Art018.PDF Acesso em: 13 de julho de 2017.

DICIONARIO. Significados ONLINE 2007. Disponível em: <https://www.significados.com.br/estrategia/> Acesso em: 28 de junho de 2017.

FERREIRA, Simone Cristina da Costa, MONKEN, Maurício. **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade.** Rio de Janeiro: EPSJV, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l141.pdf#page=157> Acesso em: 07 de julho de 2017.

FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos. **Implicações das estratégias de ensino-aprendizagem dos programas de educação continuado em enfermagem para enfermeiros.** Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem III. RIO de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/817037.pdf> Acesso em: 11 de julho de 2017.

FONTOURA, Leticia Figueiró, MIETZKE, Mônica, MOREIRA, Izadora Joseane Borrajo, GARCIA, Edna Linhares, KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **Interdisciplinaridade (Além Da Multidisciplinaridade): Em Busca Da Integralidade Através Do Trabalho Em Grupo Nas Ações De Educação Em Saúde** 2014. Disponível em: http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1271/pdf_60 Acesso em: 21 de julho de 2017.

FRANCO, Júnior. **Integralidade Na Assistência À Saúde: A Organização Das Linhas Do Cuidado.** Franco; Júnior. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/condicoes-cronicas-nao-transmissiveis/integralidade_na_assistencia_a_saude_a_organizacao_das_linhas_do_cuidado.pdf Acesso em: 26 junho de 2017.

Gil, Antônio Carlos, **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2010.

GONZÁLEZ, Alberto Durán, ALMEIDA, Marcio José de. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18> Acesso em: 08 junho de 2017.

GRANJA, Gabriela Ferreira, ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone, FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS.** Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n12/a32v18n12.pdf> 2009 Acessado em: 08 junho de 2017.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles, QUEIROZ, Danielle Teixeira, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2> Acesso em: 28 junho de 2017.

MAINARDES, Emerson Wagner, FERREIRA, João, RAPOSO, Mário. **Conceitos de Estratégia e Gestão Estratégica: Qual é o Nível de Conhecimento Adquirido pelos Estudantes de gestão?** Disponível em: <http://periodicos.unifacel.com.br/index.php/facefpesquisa/article/viewFile/296/284> Acesso em: 28 junho de 2017.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de, SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de, ZAMBERLAN, Claudia, CECAGNO, Diana, NUNES, Simone dos Santos, THUROW, Mara Regina Bergmann. **Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva** 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361048760015/> Acesso em: 19 de julho de 2017

MENDES, Glauco Henrique de Sousa. **Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/2015nahead/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf> Acesso em: 21 de julho de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde - PNS 2016-2019.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf Acesso em: 31 de julho de 2017

MORAIS, Rinaldo Macedo de, COSTA, Paulo André Lucirton. **Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores.** Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/23586/22341> Acessado em: 23 de julho de 2017.

PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em: 12 de julho de 2017.

RESOLUÇÃO Nº 335, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2003. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisaegis/resol/2003/rdc/335_03rdc.htm Acesso em: 12 de julho de 2017.

RODRIGUES, Eloiza Andrade Almeida. **Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira 2004.** Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4703/2/715.pdf> Acessado em: 21 de julho de 2017.

ROTHER, Edna Terezinha, **Revisão sistemática X revisão narrativa.** São Paulo, Brasil: Acta Paulista de Enfermagem, 2007.

RUTHES, Rosa Maria, CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Os desafios da administração hospitalar na atualidade 2007.** Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Cunha/publication/242525115_Os_desafios_da_administracao_hospitalar_na_atualidade/links/53d91fcb0cf2e38c6331efcb.pdf Acesso em: 07 de agosto 2017.

SCHERERL, Magda Duarte dos Anjos, SCHWARTZ, Denise Pires II Yves. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90> Acesso em: 08 junho de 2017.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço 2009.** Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf> Acesso em: 11 de julho de 2017.