

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo do**  
**Cuidar.**

**Cleonice Maria Clementino dos Santos RA 950928**

**Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de**  
**enfermagem e ações que podem viabilizá-la**

**São Paulo**  
**2015**

**Cleonice Maria Clementino dos Santos RA 950928**

**Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem –Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde do Centro Universitário São Camilo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina de Sá

Linha de Pesquisa: Gestão de Pessoas em Enfermagem

**São Paulo**

**2015**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani**

Santos, Cleonice Maria Clementino dos

Gestão Humanizada em Enfermagem : conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la / Cleonice Maria Clementino dos Santos. -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2015.

77 p.

Orientação de Ana Cristina de Sá e co-orientação de Maria Cristina de Mello Ciaccio

Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Centro Universitário São Camilo, 2015.

1. Enfermagem 2. Administração de recursos humanos em hospitais  
3. Humanização da assistência I. Sá, Ana Cristina de. II. Ciaccio, Maria Cristina de Mello III. Centro Universitário São Camilo IV. Título

CDD: 610.7306

**Cleonice Maria Clementino dos Santos**

**Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem–Enfermagem no Processo de Cuidarem Saúde do Centro Universitário São Camilo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina de Sá

Linha de Pesquisa: Humanização

Dissertação desenvolvida atrelada ao GEPHUS (Grupo de Estudo e Pesquisa em Humanização da Saúde – CNPq)

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina de Sá (Orientadora)  
Universidade Estadual de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina de Mello Ciaccio (Co-orientadora)  
Universidade Estadual de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>. Grazia Maria Guerra  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. IvoneteSanches Giacometti Kowalsky  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Aos meus amados filhos, cuja capacidade de sorrirem me estimulou a estudar, e dedicar-me e vencer.

Ao meu esposo Márcio, cuja companhia foi imprescindível para a vitória desta etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter ouvido minhas orações e ter me dado força para persistir lutando sem desistir; por me fazer capaz de realizar esta pesquisa com êxito.

A minha mãe, sem os quais nada do que eu já conquistei teria sido possível.

Aos meus amados irmãos, que fazem parte da minha vida e ajudaram cuidando do Matheus incansavelmente.

Ao Márcio Pelonha dos Santos, grande companheiro que apoiou, incentivou, criticou, e cresceu comigo nesta empreitada. Foi compreensivo nas noites que não teve minha companhia; nas muitas vezes que abriu mãos de suas atividades para ficar com nossos filhos Matheus e Victor.

À minha orientadora Ana Cristina de Sá, pelo empenho e pela compreensão ao orientar uma pessoa tão cheia de falhas e medo.

À professora Maria Cristina Mello que incentivou e criticou, na medida exata, chamando-me sempre à razão.

Aos pesquisados que contribuíram e muito para conclusão, cuja colaboração foi imprescindível para o vencimento desta etapa.

Aos professores e colaboradores do Mestrado Profissional em Enfermagem – Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde.

As secretárias do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem – Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde, Alessandra e Adriana, sempre solícitas e ágil nos assuntos acadêmicos.

Aos meus amigos, que de uma forma ou de outra estiveram presentes durante este meu período de afastamento, no entanto nunca deixaram me sentir sozinha.

Em especial à minha filha Michele, dedicada, incentivadora, motivadora, colaboradora, nas minhas tomadas de decisões, desculpe-me por brigar tanto com você, sem sua ajuda e compreensão seria impossível à conclusão deste trabalho.

A todos agradeço, profundamente, e dedico o resultado deste trabalho.

...E nunca considerem seu estudo como uma obrigação, mas sim como uma oportunidade invejável de aprender, sobre a influência libertadora da beleza no domínio do espírito, para seu prazer pessoal e para o proveito da comunidade a qual pertencerá o seu trabalho futuro.

Albert Einstein

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, de característica mista quanti/qualitativa, que teve como objetivo levantar, junto a profissionais de enfermagem de um hospital público da capital de São Paulo, a partir das sugestões dos próprios sujeitos e de uma lista de ações pautadas na Política Nacional de Humanização e nos princípios da Bioética, quais dessas ações essa população considera interessantes quanto a serem implantadas visando a gestão humanizada. O estudo abrangeu 44 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período da primeira quinzena de março do ano de 2015, dentro da própria Instituição, a partir da aplicação de um *check-list* e da gravação e/ou escrituração pelo próprio sujeito de depoimentos, baseados em questões norteadoras, tendo sido tomados os cuidados éticos de praxe. Os relatos foram exaustivamente lidos, e qualificados em categorias de discurso para posterior análise e discussão e os dados quantitativos sofreram análise estatística para comparação das respostas dos sujeitos e evidenciação de significância. A análise qualitativa elencou as seguintes categorias de discurso, relativas ao comportamento/ação do gestor que humaniza: o gestor como comunicador; o gestor como acolhedor, o gestor como quem promove a boa relação interpessoal; o gestor promotor de melhorias ambientais. A gestão humanizada, segundo os colaboradores caracteriza-se: pelo comportamento ético, boa comunicação, interação interpessoal, acolhimento, motivação e desenvolvimento das pessoas da equipe. Quanto às ações sugeridas pelos sujeitos que favoreçam a gestão humanizada, estes assinalaram no *check-list*: realizar encontros/reuniões entre colaboradores e gestores, incentivar a participação dos colaboradores no planejamento de ações de enfermagem, incentivar a participação em treinamentos e cursos, manter-se acessível ao diálogo, acolher e elogiar o colaborador, oferecer *feedback* da qualidade do trabalho, analisar os fatores causadores de sofrimento e adoecimento no trabalho e evitá-los, treinar a equipe. Foi aplicado o teste exato de Fisher, que revelou que tanto para enfermeiros, quanto para técnicos e auxiliares de enfermagem, estas ações propostas têm igual significância e importância, se implantadas, quanto a promoverem uma Gestão Humanizada.

**Palavras-chave:** 1. Enfermagem 2. Administração de recursos humanos em hospitais 3. Humanização da assistência.

**Abstract:**

This is an exploratory quantitative/qualitative study, with nursing professionals of a public hospital in the city of São Paulo. The subjects picked up actions proposed from a list based on the National Humanization Policy and the bioethics principles, which they consider interesting to be implemented forwarding a humanized management. The study covered 44 nursing professionals, including nurses, practical nurses and nursing assistants. Data collection took place between the first half of March of 2015, inside the institution, by the application of a checklist and recording and/or bookkeeping the subject's testimony, based on guiding questions, under ethical usual care. The reports were thoroughly read, and skilled in speech categories for further analysis and discussion and figures suffered statistical analysis to compare the responses of the subjects and significance of disclosure. Qualitative analysis listed the following speech categories relating to the behavior / action manager that humanizes: the manager as communicator; the manager as welcoming as the manager who promotes good interpersonal relationship; the manager promoter of environmental improvements. The humanized management, according to the subjects, is characterized by ethical behavior, nice communication, interpersonal interaction, acceptance, motivation and staff development. The actions marked on the check-list by the subjects which favoring humanized management where: hold meetings/meetings between employees and managers; encourage the participation of employees in the planning of nursing actions; encourage participation in training and courses; encourage dialogue, welcome and praise the development, provide feedback on the quality of work, analyze the factors causing suffering and illness at work and avoid them, train staff. Fisher's exact test, revealed that to baccalaureate nurses, diploma nurses and nursing assistants, these proposed actions receive equal significance and importance, if implemented in order to promote a Humanized Management

**Key words:** 1. Nursing 2. Human Resources Administration in Hospitals  
3. Humanization of assistance.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por Categoria profissional. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.....	35
Gráfico 2 - Distribuição geral dos respondentes por sexo. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.....	36
Gráfico 3 – Distribuição de Faixa Etária. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	37
Gráfico 4 – Distribuição por opção religiosa ou crença. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.....	38

## LISTAS DE QUADROS

Quadro 1: Encontros e Reuniões. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. .....	39
Quadro 2: Incentivar a colaboração dos colaboradores no planejamento de ações. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	40
Quadro 3: treinamentos e cursos. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. .....	40
Quadro 4: Abertura para propostas de novos fluxos e modificações. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	41
Quadro 5: Elaboração da Escala de Serviço. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	41
Quadro 6: Diálogo e Acolhimento, São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	42
Quadro 7: Elogiar o colaborador. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. .....	42
Quadro 8: Retorno sobre qualidade do trabalho do colaborador. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	43
Quadro 9: Aceitar, ouvir sugestões de mudanças. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	44
Quadro 10: Criar um espaço coletivo de gestão. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	44
Quadro 11: Criação de colegiados gestores, CTH, GTH, GPA. ....	45
Quadro 12: Criar no ambiente físico espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	45
Quadro 13: Incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	46
Quadro 14: Verificar, intervir e analisar os fatores causadores de sofrimento. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	46
Quadro 15: Proporcionar leituras e textos de interesse aos colaboradores. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	47
Quadro 16: Realizar escuta ativa entre os profissionais e gestão. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	47

Quadro 17: Treinamento da equipe. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	48
Quadro 18 – Resultado do Teste de Fisher quanto à significância entre as categorias profissionais quanto aos itens assinalados no instrumento <i>check-list</i> . São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por gênero dos sujeitos, segundo a categoria profissional. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.....	36
Tabela 2 – Distribuição geral dos entrevistados por faixa etária. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.....	36
Tabela 3 - Distribuição por faixa etária segundo categoria profissional. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015. ....	37
Tabela 4. Distribuição por opção religiosa ou crença. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.....	38

## **LISTA DE SIGLAS**

CTH: Câmara Técnica de Humanização

GTH: Grupo de Trabalho de Humanização

GPA: Gerência de Porta Aberta

MS: Ministério da Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	18
1.1. Apresentação do objeto de estudo e problema de pesquisa.....	19
2. OBJETIVOS .....	26
2.1. Objetivo Geral .....	26
2.2. Objetivos Específicos .....	26
3. METODOLOGIA.....	27
3.1. Natureza da pesquisa.....	27
3.2. Local de estudo .....	28
3.3. População alvo: critérios de inclusão/exclusão de sujeitos. ....	30
3.4. Instrumento de coleta de dados .....	30
3.5. Método de coleta dos dados .....	30
3.6. Análise dos Dados .....	31
3.7. Cuidados éticos.....	33
4. RESULTADOS .....	35
4.1. Apresentação da Análise descritiva e quantitativa dos dados de identificação dos sujeitos. ....	35
4.2. Correlação entre as variáveis demográficas e a lista de ações para uma gestão humanizada.....	39
4.3. Análise quantitativa comparativa e significância por categoria profissional do <i>check-list</i> pelo teste de Fisher .....	48
4.4. Análise qualitativa dos discursos, a partir das questões norteadoras. ....	50
4.5. CATEGORIA A – Conhecimento dos sujeitos sobre gestão humanizada.....	51
4.5.1. Subcategoria 1 – o gestor como comunicador. ....	51
4.5.2. Subcategoria 2 - o gestor como acolhedor.....	51
4.5.3. Subcategoria 3 - o gestor como quem promove a boa relação interpessoal e se preocupa com o bem estar da equipe. ....	52
4.5.4. Subcategoria 4 – O gestor promotor de melhorias ambientais e como agente de mudanças.....	53
4.6. CATEGORIA B – Conhecimento dos sujeitos sobre a gestão que não humaniza ou está despreparada para humanizar.....	54

4.6.1. Subcategoria 1 – gestor como aquele que pune.....	54
4.6.2. Subcategoria 2 – gestor despreparado para humanizar .....	55
4.7. CATEGORIA A – Humanização relativa ao colaborador.....	56
4.7.1. Subcategoria 1 – Conhece, mas não ocorre. ....	56
4.7.2. Subcategoria 2 – Conhece como política que propõe ações, estratégias e valorização do colaborador. ....	57
4.8. Categoria B: Humanização relativa ao usuário .....	58
4.8.1. Subcategoria 1 – Incentiva o acolhimento e a empatia; direito do paciente. ...	59
4.8.2. Subcategoria 2 – Conhece como política que propõe ações e estratégias de humanização para o usuário. ....	60
4.8.3. Subcategoria 3- Política de Humanização conjunta: colaborador-usuário .....	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
APENDICES.....	71
ANEXOS .....	76

## **CAMINHO PERCORRIDO E RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

O interesse pelo tema humanização e acolhimento da equipe de enfermagem desenvolveu-se desde o início de minha trajetória de vida pessoal e profissional. Ao longo de minha vida profissional, participei de inúmeros eventos, encontros, “bate papos” e reuniões, em que sempre se abordavam temas como trabalho em equipe, motivação, criatividade, assiduidade e comprometimento.

Percebi que o que diferencia os eventos atuais dos do passado, é a ênfase que é dada à dinâmica de grupo e atendimento humanizado voltado *ao cliente*, e pouco se falava em medidas humanizadoras voltadas ao colaborador.

Verifiquei em minha experiência que, onde há falta de humanização para com a clientela interna, acaba ocorrendo falta de humanização com a externa. É como um círculo vicioso.

Durante o período de levantamento bibliográfico para compor a presente dissertação, constatei que esta é uma questão que vem sendo motivo de preocupação dos autores da área, o que me animou a realizar esta pesquisa e verificar, junto aos colaboradores com quem trabalho, quais medidas humanizadoras esperam do gestor.

Ao me deparar com a Política Nacional de Humanização, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, como resultado do programa HumanizaSUS e precedida pelo Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHA, MS, 2003; MS, 2004), verifiquei que o Estado apresenta propostas para humanizar a gestão com intuito de melhorar o ambiente para os colaboradores e, assim, favorecer o ambiente e as relações humanas para a clientela externa.

Tais medidas, no entanto, necessitam serem testadas e implantadas efetivamente, sair do papel para serem validadas na prática, o que se tornou um objetivo em minha vida como gestora, a fim de trazer melhorias e a beneficência aos colaboradores sob minha orientação, evitando que uma comunicação dificultada por barreiras e ruídos entre os profissionais da equipe e chefias que possam acarretar no distanciamento entre todos, culminando numa relação apenas técnica, fria e robotizada, destruindo o relacionamento interpessoal saudável do trabalho em equipe.

Diante desses fatos, despertou-me o interesse como enfermeira e gestora, em desenvolver uma pesquisa voltada à humanização e acolhimento do corpo de

enfermagem com o qual trabalho, visando a melhoria e mudanças no ambiente de trabalho para prover qualidade de vida aos profissionais e um ambiente saudável de relação interpessoal. A consequência espera-se, é uma assistência humanizada aos clientes externos e o desenvolvimento de um ambiente bidirecionalmente acolhedor e sinérgico quanto à satisfação no trabalho, na assistência e no ser assistido, mesmo diante das dificuldades do dia a dia.

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema central Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la, cujo objetivo é elencar uma lista de ações favoráveis à gestão humanizada baseadas na Política Nacional de Humanização e nos princípios da Bioética.

Atualmente, as organizações vêm investindo na gestão humanizada, gestão esta que visa transformar o ambiente de trabalho num lugar acolhedor, tranquilo e agradável, objetivando o desenvolvimento da equipe com foco nos bons resultados do serviço (COLLET & ROZENDO, 2003).

Dessa forma, diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, podem se aproximar, fazer trocas, rompendo com a tradicional atuação por categoria ou especialização ou setor. Este deslocamento é fundamental para construção de ações e projetos comuns (MS, 2009, p16).

Quando o colaborador encontra um ambiente de trabalho acolhedor por parte de um gestor com qualidades de um comunicador, este se sente motivado e procura dar o melhor de si, tendo como consequência resultados positivos (FONTANA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, o modelo de gestão é marcado como centralizador quando a comunicação segue padrões verticalizados: “manda quem pode e obedece quem tem juízo”. A comunicação se torna, nesses casos, burocratizada e reduzida à “voz de mando” e aos “ruídos de corredores”, gerando processos de fragmentação e alienação do trabalho, (MS, 2009, p 17).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, os modelos de gestão centralizados e verticais concentram o poder nas mãos de poucos, excluindo os trabalhadores da ponta do planejamento e da avaliação de suas ações, (MS, 2009, p 18).

Motta (2001), afirma que “a proposta de gestão coletiva da qualidade pretende mudar esta situação, recuperar o saber do trabalhador, comprometê-lo com a aceitação da responsabilidade pelo serviço e estimular sua capacidade de análise dos problemas e uso de criatividade nas soluções”, o que reforça a importância de uma gestão compartilhada e mais próxima do colaborador.

Entende-se que, quando há uma gestão participativa, os conhecimentos e habilidades floram espontaneamente, o que acaba por estimular o potencial criativo em cada um. Por outro lado, afirma Hofmann (1961), um autor clássico e pioneiro da gestão humanizada, que quando o poder de decisão encontra-se nas mãos de uma

minoria que não compartilha e não delega a equipe pouco se conhece e pode ocorrer ineficiência na comunicação acarretando em erros contínuos e a sensação de um resultado laboral fragmentado e alienação do trabalho.

### **1.1. Apresentação do objeto de estudo e problema de pesquisa**

O foco desta Dissertação de Mestrado é, portanto, discutir a humanização no ambiente de trabalho e elencar ações que favoreçam a gestão humanizada.

Hofmann (1961) e Bezerra (2010) colocam que o trabalho propicia ao ser humano oportunidades de crescimento e aperfeiçoamento não somente profissional, mas também pessoal, pois, é pelo trabalho que a pessoa se exterioriza e reconhece seu valor próprio, manifestando sua importância aos outros. Uma gestão humanizada reforça e valoriza o indivíduo, o que é saudável e motiva o alcance de bons resultados.

Hofmann (1961), afirma que se o trabalhador não for valorizado no seu ambiente de trabalho e não conseguir demonstrar suas habilidades nas obras que realiza, ele o desprezará independentemente do salário que recebe.

Segundo Collet (2003) e Bezerra (2010), os fatores que podem influenciar favoravelmente a satisfação no trabalho são:

- Higiênicos - condições físicas no trabalho, salário, benefícios e segurança o trabalho;
- Motivacionais – condições de tarefa e execução, a liberdade de criar, inovar, de procurar formas, próprias e únicas de atingir resultados de uma tarefa, envolvem ainda sentimentos de crescimento individual ou até mesmo de reconhecimento profissional.

Ainda segundo Collet (2003), tanto a humanização da assistência de enfermagem, quanto à humanização das relações de trabalho de enfermagem surgem de uma necessidade social e historicamente construída, que contribui, significativamente, para construção de uma assistência de qualidade.

O processo do cuidar humanizado, no entanto, é colocado na literatura específica como aquele voltado ao cliente externo, com pouca ou nenhuma ênfase à humanização voltada ao corpo de enfermagem, o que pode acarretar em desvalorização desses profissionais, desmotivando-os e colocando-os apenas como ferramentas técnicas do cuidar em detrimento do cuidar como arte, ou seja, com olhar humanizado (CASATE & CORRÊA, 2005; MS, 2004).

Assim, as atribuições do cotidiano, acabam por transformar esses trabalhadores em produtores de serviços, alienados dos valores e princípios que regem a enfermagem historicamente, além do fato de que a racionalização, a mecanização e a burocratização no trabalho impedem que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-criativa, tornando suas tarefas fragmentadas. Acrescenta-se o fato de que raras vezes o trabalhador é incluído nas relações do processo em saúde, o que merece atenção dos gestores, visto estar à humanização articulada com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos colaboradores (CASATE & CORRÊA, 2005).

Tal atitude, é contrária à proposta da Política Nacional de Humanização proposta a partir do movimento HumanizaSUS, apresentada a seguir (MS, 2004; 2003; 2009).

Em 2003, foi instituída pelo Ministério da Saúde a **Política Nacional de Humanização-PNH**, também conhecida como **HumanizaSUS**, com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Esta troca solidária na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, visa evitar atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (MS, 2004).

A humanização é uma política transversal na rede SUS e é vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS que está sendo experimentada em todo o país. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos (MS, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, (MS, 2013), **os princípios da PNH são:**

**Transversalidade:** ela deve estar presente e inserida em todas as ações que envolvem o SUS buscando transformar as relações de trabalho, favorecendo a comunicação entre pessoas e grupos com o intuito de evitar o isolamento destes e relações de poder hierarquizadas.

**Indissociabilidade entre atenção e gestão:** aqui, a PNH deixa clara a importância da participação do colaborador em todo o processo de atenção à saúde, valorizando-o. A PNH descreve este princípio como a necessidade do trabalhador da

saúde, assim como o usuário, em buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde e de participar ativamente nos processos de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações da saúde coletiva.

**Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos:** para a PNH, as mudanças tanto na atenção à saúde, quanto *na gestão* da mesma, ocorrem de forma mais concreta quando se amplia a autonomia e vontade das pessoas envolvidas. Este princípio reforça o quanto se faz importante ter o colaborador como agente participante ativo, quando afirma que:

“Os usuários não são só pacientes e os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva a sua ação na produção de saúde” (MS, 2013 p. 7).

Portanto, a PNH leva à reflexão quanto às ações dos gestores em relação à sua equipe no sentido de procurar estratégias que incluam a mesma na tomada de decisão, incentivando a busca pela melhoria da qualidade de vida e de relações interpessoais e de trabalho para todos, tornando o ambiente saudável e acolhedor.

Mais importante ainda, é fazer valer as **diretrizes da PNH**, que são: acolhimento, gestão participativa e co-gestão, ambiência, clínica compartilhada e ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

Estas diretrizes foram de essencial importância para o norteamiento desta dissertação, pois, pretende-se desenvolver ações que as efetivem no Hospital Geral de Vila Pentead Dr. Jose Pangella, a partir da análise do discurso e sugestões dos próprios colaboradores no que se refere à gestão humanizada.

A seguir, apresenta-se como a PNH define essas diretrizes, com um olhar voltado à gestão humanizada, especificamente ao que se refere à clientela interna (colaboradores), (MS, 2003; MS, 2004; MS, 2009; MS, 2010):

**Acolhimento:** reconhecer a necessidade do outro e sustentar uma relação saudável e terapêutica entre equipes/serviços; construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho; objetiva a construção de relações de *confiança, compromisso e vínculo* entre as equipes/serviços e trabalhador/equipes e não somente o acolhimento relacionado ao binômio colaborador/usuário;

**Clínica Ampliada** - é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que

lhes sirvam de apoio e de referência técnica. Em termos de gestão, cabe a esta propiciar ambiente que favoreça a criação desses vínculos, trazendo ao colaborador a oportunidade de perceber o quanto é útil no trabalho que desenvolve com a comunidade;

**Gestão Participativa e Cogestão** - cogestão refere-se tanto à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão, quanto à ampliação das tarefas da gestão, o que permite a realização de análise dos contextos da política em geral e da saúde em particular e em lugar de formulação e de aprendizado coletivo. O objetivo desta diretriz diz respeito ao fato do gestor não permanecer isolado na tomada de decisões, mas contar com sua equipe e estimulá-la a envolver-se e compromissar-se com a problemática do local de trabalho, a fim de encontrar soluções para a prática. A co-gestão motiva o colaborador a sentir-se parte do processo e a reconhecer seu valor e importância na equipe e na comunidade.

**Produção de Redes** - Importante estratégia para a qualificação da atenção e gestão do SUS. É um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. Essas redes não ocorrem apenas na comunicação formal. O colaborador pode trazer grande contribuição na assistência à população e em melhorias do ambiente de trabalho, se estimulado a contatar e envolver sua rede de relacionamentos com a comunidade de seu local de trabalho. Por exemplo, no contato com líderes da comunidade em campanhas como vacinação, combate a doenças transmissíveis, etc.. Este fato, se estimulado pela gestão, pode levá-lo a perceber o quanto é importante para o local de trabalho e para a comunidade com que trabalha.

**Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde** - A PNH afirma a importância de promover e transformar as relações e as práticas de saúde, a partir da mudança dos modos de trabalhar e da transformação dos processos de trabalho. Pode-se inferir que há que se quebrarem paradigmas, desconstruir modelos cristalizados e engessados pela rotina e pelo tempo e reconstruí-los com formatação mais moderna. Tal ação implica no envolvimento de todos neste objetivo de forma a alcançar a satisfação no ambiente de trabalho e conseqüente melhora nos fluxos e processos. Valorizar o trabalhador é promover qualidade no ambiente de trabalho. É ponto crucial de uma política que visa à humanização da gestão com conseqüências benéficas aos usuários internos e externos. Na descrição da própria PNH, é

fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade em prol de um bem comum. É fazer saúde no ambiente de saúde.

A PNH faz algumas sugestões de como operacionalizar este caminho para humanizar a gestão. Desta forma, justificam-se levantar junto à população que será alvo desta pesquisa (colaboradores da equipe de enfermagem do Hospital Geral de Vila Penteado Dr. Jose Pangella), quais as sugestões para que a gestão humanizada ocorra e, conseqüentemente à implantação dessas medidas neste ambiente de trabalho, verificar posteriormente se houve ou não mudanças favoráveis ao bem comum de colaboradores e usuários.

As propostas da PNH, colocadas nos textos do Ministério da Saúde (MS, 2004, 2009, 2010) e que serão transformadas neste projeto em ações práticas elencadas à população alvo para apontar as que querem ver implantadas, são:

- Implementar e favorecer a comunicação entre os diversos atores envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores) para provocar movimentos de perturbação e inquietação, que a PNH considera o “motor” de mudanças;

- Incluir para estimular a produção de novos modos de trabalho de forma coletiva e compartilhada para produzir novas formas de organizar o processo;

- Acolher assegurando a avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco, o que não se restringe à população de usuários;

- Realizar “rodas” (conversas, reuniões, momentos para discussão em grupos) para colocar diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão;

- Criar um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores e garanta a participação de todos;

- Estar aberto à criação de colegiados gestores, mesas de negociação, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta (GPA), entre outros;

- Quanto à ambiência, criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre pessoas.

- Como fazer, a PNH sugere discussão compartilhada e levantamento de necessidades e sugestões dos atores envolvidos;

- Qualificação do diálogo entre os profissionais de saúde; proporcionar decisões compartilhadas e compromissadas nas questões inclusive clínicas, pois todos atendem os usuários;

- Diálogo, intervenção e análise dos fatores causadores de sofrimento e adoecimento do trabalhador da saúde, a fim de fortalecer o grupo propiciando de como agir e assegurar o melhor serviço da equipe de saúde, a partir da criação de espaços coletivos de gestão.*

A PNH sugere ainda o oferecimento de cursos e oficinas de formação a partir da discussão dos processos de trabalho, com o intuito de reinventar o cotidiano nos serviços de saúde, além de sugerir que seja assegurada a defesa dos direitos do cidadão.

Portanto, esta Dissertação pretendeu-se utilizar as propostas da própria PNH, apresentando sugestões de ações que propiciem uma gestão mais humanizada aos trabalhadores alvo desta pesquisa.

A PNH está aí, como respaldo teórico e excelentes sugestões que necessitam operacionalização e que, pelo volume de trabalho e enxugamento de pessoal nas equipes de saúde, muitas vezes podem não estar conseguindo chegar aos colaboradores, apesar dos esforços das equipes de humanização que já vêm sendo montadas nos órgãos públicos.

Pretende-se ainda, criar e elencar estas ações tendo como sustentação teórica, os Princípios da Bioética principialista, que traz aspectos ético-filosóficos intimamente ligados à questão da humanização.

São princípios da Bioética:

- Autonomia: As pessoas devem ser respeitadas em sua autonomia e as pessoas cuja capacidade de autonomia encontra-se fragilizada devem ser protegidas. É o princípio que trata do respeito ao direito de opinião das pessoas.

- Beneficência: Não causar danos, isto é, maximizar os benefícios e minimizar os riscos. Não deve ser entendida como caridade, mas como uma obrigação em relação ao outro.

- Não-maleficência: Avaliar a relação risco-benefício em cada experimento para não causar dano algum.

•Justiça: Diz respeito à coletividade das pessoas e à imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios. “Os iguais devem ser tratados igualmente.” (PESSINI, 2004).

Com base no autor, a relação humana dar-se-á em qualquer período da vida, em qualquer profissão, o amor mútuo e a racionalidade é o que nos diferencia dos outros animais.

Não adianta erguer e manter um hospital ideal no que se refere a equipamentos de última geração, se a equipe que aí desenvolve suas atividades, o faz de forma desumana e alienada dos princípios bioéticos. A vida neste local será, certamente, desrespeitada pela falta de valores humanos. Faz-se necessário tratar as pessoas como gostaríamos de ser tratados (DESLANDES, 2011).

Assim, reunimos como sustentabilidade teórica para esta Dissertação: os princípios da Política Nacional de Humanização e a Bioética principialista.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Verificar qual o conceito de gestão humanizada da equipe de enfermagem de um hospital público da capital de São Paulo; levantar e elencar ações favoráveis à gestão humanizada baseadas na Política Nacional de Humanização, nos princípios da Bioética e a partir de sugestões desses profissionais, para posterior implantação das mesmas.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Apresentar a lista de ações pró-gestão humanizada à população de colaboradores de um hospital público estadual localizado na zona norte de São Paulo;
- Verificar quais medidas esta população escolhe para implantação no local de trabalho;
- Comparar se houve significância diversa entre as categorias da equipe de enfermagem quanto às medidas propostas
- Analisar o discurso desta população quanto ao conceito de gestão humanizada;
- Elencar sugestões que não tenham sido citadas na lista apresentada;
- Apresentar uma lista final de ações propostas para desenvolvimento de uma gestão humanizada;

### **3.METODOLOGIA**

#### **3.1. Natureza da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de campo, parte descritiva, parte exploratória e qualitativa, portanto de natureza mista(POLIT& HUNGLER, 2011).

Na pesquisa descritiva, o pesquisador descreve o objeto da investigação e procura descobrir a frequência com que o fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos. (LAKATOS /MARCONI, 2001), o que ocorre nesta pesquisa quando ações são propostas em uma lista a partir da Política Nacional de Humanização.

Este estudo possui ainda as características básicas de uma pesquisa qualitativa quando, a partir de questões norteadoras, levantou-se o conceito da população estudada sobre gestão humanizada e analisou-se o discurso dos sujeitos quanto a sugestões de ações favoráveis à gestão humanizada.Foi utilizada como referencial teórico qualitativo a análise de discurso proposta por Bardin(2011).

Bardin (2011) enfatiza que a análise de conteúdo tem por objetivo a transcrição de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem. A partir de leituras minuciosas dos textos, buscam-se elementos comuns e divergentes, que possibilitam estabelecer relações e promover compreensões acerca do objeto de estudo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de exploração de documentos composta pela pré-análise, onde se escolhe os documentos, se formula hipóteses e objetivos para a pesquisa; Exploração do Material, na qual se aplicam as técnicas específicas segundo os objetivos; e pelo Tratamento dos Resultados em que se dá a inferência e interpretação. Cada fase do roteiro segue regras bastante específicas, podendo ser utilizado tanto em pesquisas quantitativas quanto em pesquisas qualitativas (BARDIN, 2011).

Através do material produzido surgiu o quadro de categorias e subcategorias dos entrevistados, que praticamente se repetiram nos três grupos de sujeitos (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem).

### 3.2. Local de estudo

A pesquisa foi conduzida em um hospital público de médio porte, situado na região Norte do município de São Paulo (SP), onde a pesquisadora exerce função de enfermeira há 06 meses. Sendo o objetivo de um Mestrado Profissional desenvolver soluções para problemas do cotidiano e do local de trabalho do mestrando, este foi o campo escolhido para realização da coleta de dados com o cuidado de não configurar conflito de interesses, mas, pelo contrário, convergência de interesses, pois visa à implantação de medidas em prol de uma gestão ainda mais humanizada neste local de trabalho.

A construção e o posterior funcionamento do Hospital Geral de Vila Penteado atendeu a uma antiga reivindicação da comunidade e membros do Movimento de Saúde da Zona Norte pela existência de uma unidade hospitalar na região.

Em 1.983 o Decreto Estadual 21.862 criou a Comissão do Programa Metropolitano de Saúde que definiu as prioridades no investimento em Saúde, dentre elas a construção do Hospital Geral de Vila Penteado, cuja obra foi iniciada em 1987.

Em meados de 1990 o Dr. Cláudio Molina Martines, médico e administrador hospitalar, foram convidados para desenvolver o planejamento operacional do Hospital Geral de Vila Penteado, que estava em construção, tendo participado do G.T.E. - Grupo Tarefa Especial - criado pela Secretaria de Estado da Saúde para coordenar os trabalhos de planejamento dos novos hospitais da Secretaria.

As tarefas que se colocavam naquele momento eram basicamente: levantamento da situação da obra e das instalações de equipamentos de grande porte e redes de distribuição; a discussão do modelo funcional da unidade, a definição da estrutura administrativa, o dimensionamento de pessoal, equipamentos e materiais de consumo e a fixação de metas de produção; o planejamento operacional propriamente dito, ou seja, as tarefas específicas de regulamentação da unidade, estimativa orçamentária, estabelecimento de fluxos, normas e rotinas, abastecimento, seleção de pessoal, contratação de serviços de terceiros.

O Hospital foi planejado inicialmente para contar apenas com as quatro especialidades básicas, ou seja, Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Cirurgia Geral. Durante o planejamento operacional procedeu-se a uma análise da demanda existente e da situação de atendimento à saúde na região e constatou-se a necessidade de se ampliar a atuação do Hospital incorporando outras

especialidades não previstas inicialmente: Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Plástica/Queimados, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Medicina Intensiva. Apesar da maior complexidade deste modelo houve ganho na resolutividade do Hospital e maior autonomia na assistência aos pacientes.

Para realizar essas tarefas foram convidados funcionários de carreira da Secretaria de Estado da Saúde para constituir o núcleo inicial de administração do hospital. Os requisitos para fazer parte da equipe foram: honestidade, disposição para o trabalho com criatividade e conhecimento da área.

A esse núcleo inicial foram se agregando centenas de funcionários que abraçaram o sonho de construir um grande hospital do quais todos pudessem se orgulhar, ou seja, "transformar o sonho em realidade". A missão que se colocava para o hospital era "Prestar assistência médico-hospitalar com qualidade, atendendo as necessidades e expectativas dos clientes, promovendo capacitação técnica e pesquisa" (NOVAES, 2005).

Apesar de ser um hospital com suas peculiaridades específicas, possui uma dimensão ampla e aparência limpa, no entanto, não há uma manutenção preventiva, e quando corretiva há improvisações nos serviços. Este acontecido pode ser observado na rede hidráulica, na rede de oxigênio, na rede elétrica, e por fim, nas tomadas inapropriadas para os equipamentos, infiltrações de um andar para outro, pisos faltando em algumas enfermarias, falta de matérias para atendimento aos clientes, leitos fechados e principalmente falta de profissionais de todas as áreas.

Seu quadro pessoal de enfermagem é composto por 559 colaboradores, sendo, dois (02) Diretores Técnicos de Saúde, doze (12) Supervisores, cento e quatro (104) Enfermeiros Assistenciais, sessenta e um (61) Técnicos de Enfermagem, trezentos e oitenta (380) auxiliares de enfermagem. Entretanto, destes colaboradores dezessete (17) auxiliares de enfermagem e um (1) enfermeiro estão de Licença Saúde há mais de um (1) ano.

Efetivamente, a jornada de trabalho dos colaboradores enfermeiros varia em: trinta horas semanais (30hs), ou seja, seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino e doze por trinta e seis horas (12x36) no período noturno. Os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam horários fixos com jornada de trabalho de doze por trinta e seis horas (12x36), períodos diurno e noturno.

### 3.3. População alvo: critérios de inclusão/exclusão de sujeitos.

A população foi composta por quarenta e quatro (44) profissionais de enfermagem, sendo dezenove (19) enfermeiros diaristas e plantonistas; cinco (05) técnicos de enfermagem e vinte (20) auxiliares de enfermagem.

Foram excluídos: os colaboradores que se encontravam em férias ou gozando de licença de qualquer natureza (afastamento, licença médica, licença maternidade entre outras), no período da coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram assim definidos: indivíduos de ambos os sexos; com período de tempo de serviço superior a três meses; que atuam nos plantões diurno e noturno; que se dispuseram participar do estudo voluntariamente após explicação do projeto de pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Apêndice I).

No que se refere aos cuidados éticos, bioéticos e de controle de riscos da pesquisa os mesmos estão relacionados ao tempo dispendido para concessão da entrevista e foi garantido que a identidade dos sujeitos participantes da pesquisa será mantida em sigilo. A identificação dos sujeitos se deu da seguinte forma: enfermeiros: receberam nomes de **flores**, técnicos de enfermagem, nomes de **rios**, e auxiliares de enfermagem, nomes de **pássaros**.

Salienta-se que, dentre os sujeitos da amostra, há colaboradores que atuam neste local como técnicos e auxiliares de enfermagem, que, no entanto cursaram a graduação em enfermagem.

### 3.4. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi constituído por três partes:

1. Dados gerais do entrevistado (sem identificação por nome);
2. Lista de ações pró-gestão humanizada (*checklist* que o sujeito pôde assinalar tantos itens quanto considerasse serem de interesse);
3. Questões norteadoras sobre a temática da pesquisa, no que se refere ao conceito de gestão humanizada, conhecimento da PNH e sugestões de ações relativas à gestão humanizada que não constassem no *checklist*. (APÊNDICE II).

### 3.5. Método de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela colaboradora em horário diferenciado de sua jornada de trabalho. O *checklist* foram preenchidos pelos colaboradores e as

respostas dos sujeitos das questões norteadoras foram respondidas por escrito ou, se o sujeito permitisse por meio de gravação e posterior transcrição *ipsis litteris*.

O roteiro de entrevista foi composto por três (03) fases. A primeira os colaboradores receberam orientação e explicação sobre o tipo de pesquisa e objetivo. A segunda foi distribuído o TCLE em duas (02) vias, previamente permitido e assinado pelos participantes. Em terceiro, foi disponibilizado o formulário de perguntas (questionário de pesquisa), cujo preenchimento foi realizado pelos colaboradores em local reservado de sua própria escolha. Foi explicado que os dados coletados serão armazenados por cinco (05) anos e que, após este período, serão descartados.

Formulário de perguntas é um instrumento totalmente estruturado em que se solicita aos participantes que respondam as mesmas questões na mesma ordem. As perguntas fechadas são aquelas em que as alternativas de respostas foram pré-especificadas pelo pesquisador. O propósito destas questões consiste em garantir a comparação da resposta e facilitar a análise, no entanto, também inclui perguntas abertas que permitem aos participantes responder com suas próprias palavras (POLIT, 2011).

Logo após a coleta dos dados, estes foram digitalizados pelo programa *Microsoft Word 2010*, versão *Windows 7 Starter*.

Após a digitação, os dados foram separados compilados, analisados minuciosamente e, após análise exaustiva dos recortes dos manuscritos, arranjados em categorias de discurso por nível profissional (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

A coleta de dados ocorreu no período da primeira quinzena de março de dois mil e quinze (01/03 à 15/03/2015), dentro da própria Instituição, conforme a disponibilidade de cada participante, de forma individualizada. A escolha do colaborador foi aleatória e independente do setor de trabalho, em espaço reservado e em dias alternados, conforme escala de serviço.

### **3.6. Análise dos Dados**

Foi utilizada como referencial teórico para avaliação dos relatos dos sujeitos a Análise de Conteúdo, idealizada por Bardin (2011). Esta pode ser descrita:

(...) como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de

conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não) (BARDIN, 2011, p. 37 - 44).

A organização dos dados foi realizada após a leitura minuciosa e exaustiva dos relatos dos entrevistados, através das diferentes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Ainda segundo Bardin (2011), a fase de pré-análise consistiu na organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições, mas tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, na qual foi utilizada a leitura flutuante (que consiste em estabelecer contatos com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressão e orientações), também foi possível utilizar indicadores que fundamentaram a interpretação, momento em que se organizou o material, formularam-se questões norteadoras, cujo foi definido a utilização dos documentos a serem analisados. No caso as quarenta e quatro (44) entrevistas realizadas, constituiu o corpus da pesquisa. Entretanto, iniciou-se à preparação do material, de forma formal "edição" das entrevistas transcritas.

A segunda fase a de Exploração do material consiste no processo de codificação, em que os dados brutos são transformados sistematicamente e agregada em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011, pág. 133).

Por último, procedeu-se o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, ou seja, os resultados brutos são tratados de maneiras a serem significativos ("falantes") e válidos. Operação de estatística simples (percentagens), ou mais complexas (análises fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas em análises. Para maior rigor este resultados são submetidos a provas estatísticas assim como teste de validação (BARDIN, 2011, pág. 131).

A finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de dado ou da tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa (POLIT, 2011).

A análise dos dados foi realizada a partir dos recortes de discurso dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem e organizados em categorias a qual foram fundamentadas na literatura atualizada sobre humanização.

### 3.7. Cuidados éticos

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa que envolve os seres humanos. Esta Resolução assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos de pesquisa.

Antes de coletar os dados, os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICEI), os que se propuserem participar assinaram a Declaração de Consentimento do Colaborador (TCLE - APÊNDICEII), sendo preservada a identidade dos mesmos e o instrumento de coleta de dados misto (questões semi-abertas e norteadoras – APÊNDICE III) será aplicado exclusivamente pela pesquisadora fora do horário de trabalho. Apesar do fato da pesquisadora responsável ser colaboradora recém contratada da instituição em que foram coletados os dados e enfermeira da população-alvo, este fato **não se configura como conflito de interesses**, pois, como é objetivo de um Mestrado Profissional desenvolver produtos que resultem em melhorias para o ambiente próprio de trabalho do mestrando. Além deste fato, esta pesquisa que tem como referenciais teóricos a Bioética principialista e a Política Nacional de Humanização e pretende levantar fatores e ações que favoreçam a humanização na gestão e a beneficência da equipe em foco.

Ainda para garantir a não configuração desta coleta de dados como conflito de interesses (na realidade, há congruência e não conflito de interesses pela natureza da pesquisa), os dados foram coletados pela pesquisadora fora do horário do expediente e turno diferente a qual executa suas funções. Será garantido sigilo dos sujeitos.

Foi solicitado aval do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Vila Pentead Dr. Jose Pangella, em questão para que seja realizada a coleta dos dados no local. Os resultados da pesquisa, que visa à melhoria das relações da equipe envolvida, serão entregues à Gerência de Enfermagem setor da Educação Continuada, quando de sua conclusão para que os resultados sejam observados e para que se possa em outra pesquisa dar início à efetivação das ações sugeridas.

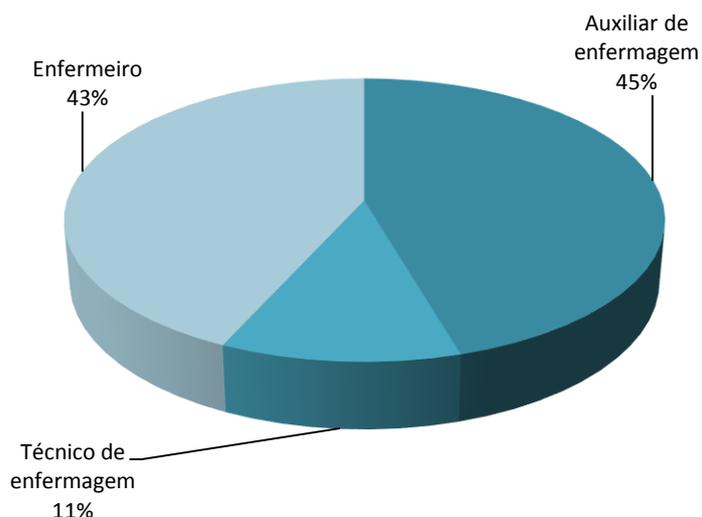
A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo protocolo de pesquisa nº 961.868, e avaliação pós-submissão do Hospital Geral de Vila Penteado Dr. Jose Pangella, através da carta de anuência (ANEXO II), incluso na Plataforma Brasil nº 39364714.1.0000.0062(ANEXO I).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Apresentação da Análise descritiva e quantitativa dos dados de identificação dos sujeitos.

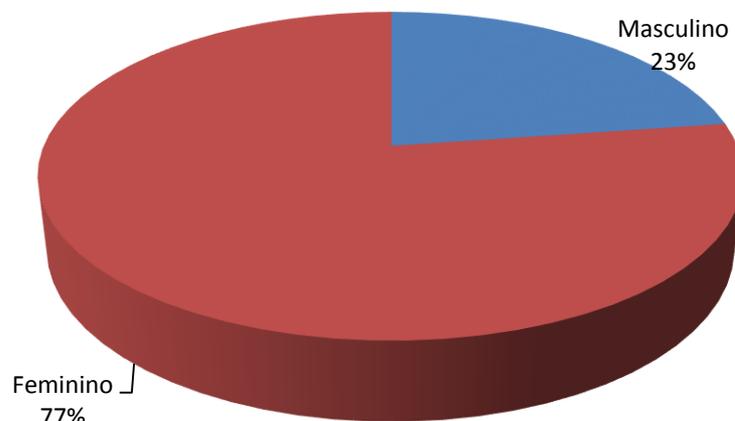
Foram entrevistados 44 profissionais da área da enfermagem, sendo dezenove (19) enfermeiros, cinco (05) técnicos de enfermagem e vinte (20) auxiliares de enfermagem (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Distribuição por Categoria profissional. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**



A maioria trinta e quatro pertence ao sexo feminino (77%), e dez (23%) ao sexo masculino. O gráfico 2 apresenta a distribuição do total de respondentes por sexo e a Tabela 1 evidencia a variação exata da faixa etária por categoria profissional dos respondentes.

**Gráfico 2 - Distribuição geral dos respondentes por sexo. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**



**Tabela 1 – Distribuição por gênero dos sujeitos, segundo a categoria profissional. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
Feminino	14 (31,8%)	16 (36,4%)	4 (9,1%)
Masculino	6 (13,6%)	3 (6,8%)	1 (2,3%)
<b>Total Geral</b>	<b>20 (45,4%)</b>	<b>19 (43,2%)</b>	<b>5 (11,4%)</b>

A variação de idade dos respondentes variou entre 28 e 56 anos, com uma maioria representada na faixa etária entre 31 e 45 anos de idade (tabelas 2,3 e gráfico 3).

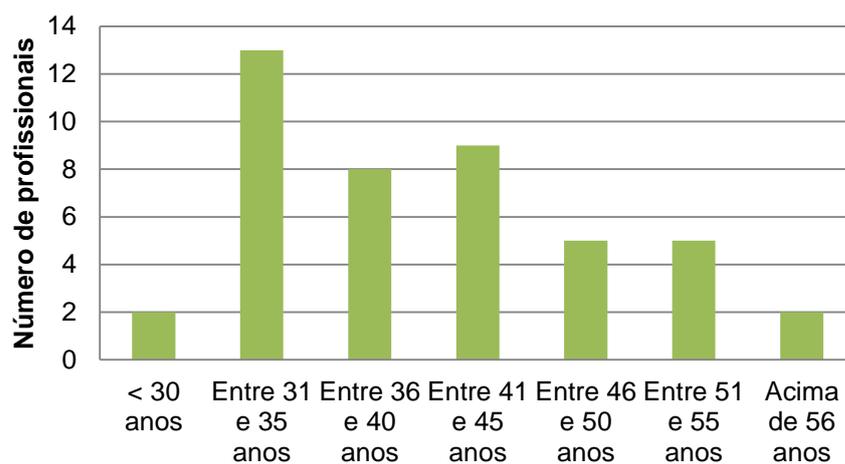
**Tabela 2 – Distribuição geral dos entrevistados por faixa etária. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Faixa etária	Número de profissionais	%
< 30 anos	2	4,5
Entre 31 e 35 anos	13	29,5
Entre 36 e 40 anos	8	18,2
Entre 41 e 45 anos	9	20,4
Entre 46 e 50 anos	5	11,4
Entre 51 e 55 anos	5	11,5
Acima de 56 anos	2	4,5
<b>Total Geral</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Tabela 3 - Distribuição por faixa etária segundo categoria profissional.  
São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.

Faixa etária	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
< 30 anos		2 (4,5%)	
Entre 31 e 35 anos	8 (18,2%)	5 (11,4%)	
Entre 36 e 40 anos	1 (2,3%)	5 (11,4%)	2 (4,5%)
Entre 41 e 45 anos	3 (6,8%)	5 (11,4%)	1 (2,3%)
Entre 46 e 50 anos	2 (4,5%)	2 (4,5%)	1 (2,3%)
Entre 51 e 55 anos	4 (9,1%)		1 (2,3%)
Acima de 56 anos	2 (4,5%)		
<b>Total</b>	<b>20 (45,4%)</b>	<b>19 (43,2%)</b>	<b>5 (11,4%)</b>

Gráfico 3 – Distribuição de Faixa Etária. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.

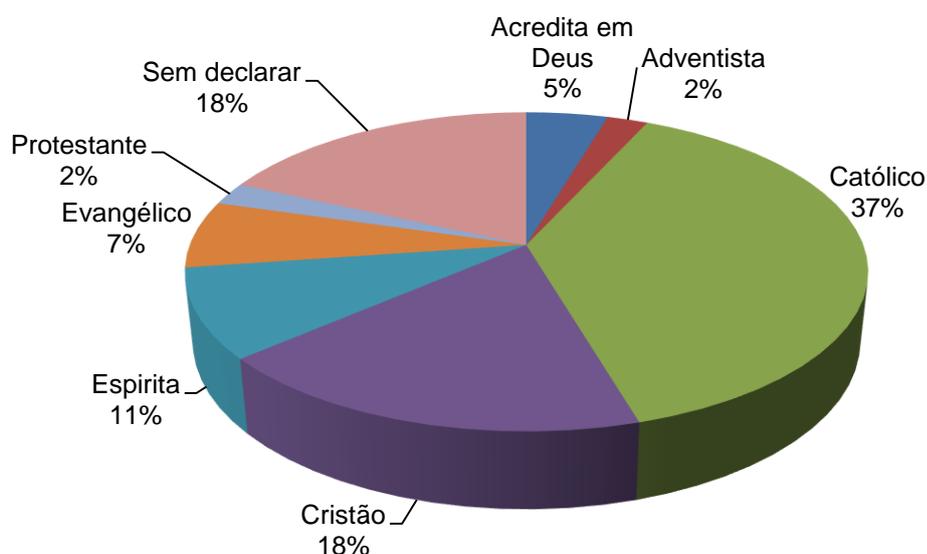


Quanto à crença religiosa, a maioria (37%) declarou pertencer à religião católica (tabela 4; gráfico 4)

Tabela 4. Distribuição por opção religiosa ou crença. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.

Tipo de Religião	Quantidade de profissionais	Percentual
Sem declarar	8	18%
Católico	16	37%
Adventista	1	2%
Cristã	8	18%
Espírita	5	11%
Evangélico	3	7%
Protestante	1	2%
Acredita em Deus	2	5%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Gráfico 4 – Distribuição por opção religiosa ou crença. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.



A análise descritiva dos dados apresentados permitiu revelar num primeiro momento, as características da população alvo do estudo.

A seguir, é apresentado o resultado da análise do instrumento de coleta de dados tipo *check-list*, cujo conteúdo foi pautado em ações favoráveis à gestão humanizada, baseadas no HumanizaSus e Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

4.2. Correlação entre as variáveis demográficas e a lista de ações para uma gestão humanizada.

Foram apontadas ações que podem ser implantadas dentro da instituição no formato *check-list*, cujos itens poderiam ser assinalados sem restrição pelos sujeitos de pesquisa, num total de 17 itens. Apresenta-se em quadros a porcentagem geral por sexo de respondentes que assinalaram os itens.

**Item 1 *check-list*:** Realizar encontros/reuniões (rodas) agendadas com o gestor para discutir questões do dia a dia no trabalho e dar sugestões para solucionar problemas.

Quadro 1: **Encontros e Reuniões. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	5 (11,4%)	29 (65,9%)	34 (77,2%)
Masculino	1 (2,3%)	9 (20,5%)	10 (22,8%)
<b>Total Geral</b>	<b>6 (13,6%)</b>	<b>38 (86,4%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Nesta questão trinta e oito (38) colaboradores assinalaram sim, nota-se a importância de reuniões com gestor, presumimos então que a melhor maneira de resolver os problemas é envolver e comprometer o colaborador no processos organizacional, no entanto, o gestor precisa fornecer ao colaborador informações sobre as necessidades da instituição e o desempenho do colaborador, assim haverá *feedback* na resolução de problemas.

**Item 2 *check-list*** - Incentivar a colaboração dos colaboradores no planejamento de ações de enfermagem do Hospital Geral de Vila Penteado Dr. Jose Pangella.

Quadro 2: Incentivar a colaboração dos colaboradores no planejamento de ações. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	3 (6,81%)	31(70,45%)	34 (77,26%)
Masculino	2 (4,55%)	8 (18,19%)	10 (22,74%)
<b>Total Geral</b>	<b>5 (11,36%)</b>	<b>39 (88,64%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Observa-se que trinta e nove (39) colaboradores assinalaram a ação sugerida. Tal fato nos leva a inferir que os respondentes consideram importante a participação do colaborador no planejamento das ações. Esta ação oportuniza o aprendizado e incentiva o colaborador a expor seus pensamentos e ideias.

**Item 3 *check-list*** Incentivar a participação dos colaboradores em treinamentos e cursos.

Quadro 3: treinamentos e cursos.São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	5 (11,36%)	29(65,90%)	34 (77,26%)
Masculino	0 (0%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>5 (11,36%)</b>	<b>39 (88,64%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Novamente a maioria (39) colaboradores assinalou este item. Reforça-se a importância que os sujeitos dão quanto a participar de cursos e no investimento no desenvolvimento de pessoas. Sugere-se que o gestor o faça juntamente com o setor de desenvolvimento e educação permanente e planejar esta ação a partir de necessidades sugeridas também pela própria necessidade da equipe, além das da instituição. Ressalta-se que se faz necessário que os cursos sejam ministrados com horários flexíveis com o intuito de abranger todos os membros da equipe.

**Item 4 *check-list*** - Abertura para propostas de novos fluxos e modificações de estrutura e ambiente que possam favorecer/facilitar o trabalho por parte dos colaboradores.

Quadro 4: **Abertura para propostas de novos fluxos e modificações. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	10 (22,73%)	24(54,54%)	34 (77,27%)
Masculino	01 (2,28%)	09 (20,45%)	10 (22,73%)
<b>Total Geral</b>	<b>11 (25,00%)</b>	<b>33 (75,00%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Ao considerar proposta de novos fluxos e modificações de ambiente, constatou-se que trinta e três (33) colaboradores assinalaram a questão. Não foi uma maioria tão presente quanto nos itens anteriores. Talvez pelo fato da discussão de fluxos estar atrelada a questões institucionais, colocados num contexto organizacional maior, porém, nada afasta o fato dos colaboradores poderem opinar quanto a mudanças e implantação de novos fluxos que facilitem ou agilizem o andamento do serviço.

**Ítem5 check-list** - Permitir que os colaboradores participem ativamente da elaboração das escalas de serviço, propondo sugestões que resolvam os problemas e conflitos.

Quadro5: **Elaboração da Escala de Serviço. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	06 (13,63%)	28(63,64%)	34 (77,27%)
Masculino	01 (2,28%)	09 (20,45%)	10 (22,73%)
<b>Total Geral</b>	<b>07 (15,91%)</b>	<b>37 (84,09%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Nesta questão, trinta e sete (37) dos colaboradores assinalaram que consideram importante participar da elaboração da escala. Quando esta responsabilidade é delegada à equipe, ela é também partilhada por todos tornando o processo eficaz, eficiente e que produz um desempenho produtivo coletivo não sobrecarregando ninguém da equipe. A efetividade coletiva se traduz na cooperação e trabalho em equipe.

**Item 6 check-list** - Estar acessível ao diálogo e que o colaborador se perceba acolhido por ele.

Quadro 6: **Diálogo e Acolhimento, São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	04 (9,09%)	30(68,18%)	34 (77,27%)
Masculino	01 (2,28%)	09 (20,45%)	10 (22,73%)
<b>Total Geral</b>	<b>05 (11,37%)</b>	<b>39 (88,63%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Sabe-se que uma das competências do gestor é a comunicação, porém percebe-se que nesta questão trinta e nove (39) colaboradores reforçam a importância do diálogo e do acolhimento da equipe por parte do gestor. A boa comunicação busca aproximar as pessoas. É preciso redesenhar os processos de trabalho a partir do depoimento e da participação de todos os envolvidos. Falhas de comunicação certamente interferem no resultado do trabalho. O gestor pode reunir sua equipe sistematicamente, mas, por meio de palavras ou de gestos, inibir sua colaboração, ou seja, pode retrainir e distanciar o grupo, (DUCCI, 2011, p 95). Entender a premissa da comunicação é saber manter o colaborador comprometido com seu trabalho, assim teremos um ambiente de trabalho favorável à humanização.

**Item 7 check-list** - Elogiar o colaborador quando merecido em público e se necessitar ser corrigido, que o faça em particular:

Quadro 7: **Elogiar o colaborador. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	5 (11,36%)	29(65,90%)	34 (77,26%)
Masculino	0 (0%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>5 (11,36%)</b>	<b>39 (88,64%)</b>	<b>44 (100%)</b>

O ser humano necessita ser reconhecido e o elogio, que sempre deve ser feito em público, trata-se de um *feed-back* importante para a maioria dos respondentes (39 assinalaram este item). Pode-se inferir que ocorre um benefício para o colaborador quando elogiado. Tal ação pode servir como estímulo e motivação. Assim como os elogios devem ser feitos em público, a outra polaridade –

a crítica – deve ser feita em particular ou pode-se incorrer na desnecessária exposição frente aos demais colaboradores quanto aos erros, levando a sentimentos de desvalorização e à humilhação. Nota-se que não há a necessidade de momentos formais para elogio, mas deve fazer parte do cotidiano e das principais habilidades do gestor. Isto significa valorizar o ser humano, (DUCCI,2011, p 23-24).

**Item 8 *check-list*** - Questão 8 - Dar retorno sobre a qualidade do trabalho do colaborador e como ele vem contribuindo para a melhoria do setor; quando o retorno for para corrigir algo que necessita ser melhorado, que seja com acolhimento e sugestões para conseguir superar o problema.

**Quadro 8: Retorno sobre qualidade do trabalho do colaborador. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	3 (6,82%)	31(70,45%)	34 (77,28%)
Masculino	0 (0%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>3 (6,82%)</b>	<b>41 (93,18%)</b>	<b>44 (100%)</b>

A grande maioria (41) dos sujeitos assinalou este item, o que denota a importância do gestor dar um *feedback* quanto ao trabalho desenvolvido pelo colaborador. Revela-se aqui a necessidade humana de avaliação como um instrumento de crescimento e de retorno quanto à qualidade do trabalho desenvolvido.

Embora, o ato de avaliar a qualidade do trabalho do colaborador, represente uma aferição na qual podem ser apontados pontos positivos, também devem ser elencados aqueles que necessitam ser melhorados. Deve-se aprender com os erros e encarar tais pontos sem trazer constrangimentos e inseguranças ao trabalhador, incentivando-o a superar as dificuldades, planejando como fazê-lo, valorizando-o e acolhendo-o. O *feedback* é uma ferramenta importantíssima na gestão, porém pode ser um elemento motivador ou desmotivador, dependendo da forma como é efetuado. Dessa forma, dar *feedback* assertivo é apontar os pontos fortes e pontos a ser melhorados para o colaborador, assim, os mesmos sentirão importantes, ouvidas e tratadas com respeito, (DUCCI, 2011, p 24-25).

**Item 9 *check-list*** - Questão 9 - Aceitar ouvir sugestões de mudanças, respeitando a opinião dos colaboradores, que seja um bom ouvinte antes de opinar.

Quadro 9: **Aceitar, ouvir sugestões de mudanças. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	8 (18,18%)	26(59,10%)	34 (77,28%)
Masculino	0 (0%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>8(18,18%)</b>	<b>36 (81,82%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Em relação à aceitação e ouvir sugestão de mudanças, trinta e seis (36) colaboradores consideraram importante que o gestor respeite a opinião dos colaboradores e abra um leque pra possíveis mudanças. O gestor que é flexível tem a capacidade de adaptar-se a mudança, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais, (DUCCI, 2011, p 122).

**Item 10 *check-list*** - Criar um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores.

Quadro 10: **Criar um espaço coletivo de gestão. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	11 (25,00%)	23(52,28%)	34 (77,28%)
Masculino	1 (2,27%)	09 (20,45%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>12 (27,27%)</b>	<b>32 (72,73%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Criar um espaço coletivo no âmbito gerencial não é fácil, mas trinta e dois (32), colaboradores consideraram pertinente a criação deste espaço. Faz-se necessário criá-lo o que significa inovar, unindo os protagonistas: gestor, colaborador e usuário. Assim, no cotidiano haverá uma assistência de qualidade tanto para colaborador, quanto ao usuário, pois ambos interagirão juntamente no processo do saber ser e saber fazer.

**Item 11 *check-list*** - Estar aberto à criação de colegiados gestores, mesas de negociação, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta (GPA), entre outros.

Quadro 11: **Criação de colegiados gestores, CTH, GTH, GPA.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	07 (15,91%)	27 (61,37%)	34 (77,28%)
Masculino	01 (2,27%)	09 (20,45%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>08 (18,18%)</b>	<b>36 (81,82%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Os dados gerados mostram que trinta e seis (36) dos colaboradores são a favor da criação e implantação de rede de trabalho unindo os mais variados profissionais com seus diferentes saberes, porém com o mesmo objetivo que é o de melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos colaboradores e usuários, humanizando as relações entre gestores, servidores e usuários e modernizando as relações de trabalho entre os profissionais.

**Item 12 *check-list*** - Procurar criar nos ambientes físicos espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre pessoas (local para reuniões, café, etc).

Quadro 12: **Criar no ambiente físico espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	08 (18,18%)	26 (59,10%)	34 (77,28%)
Masculino	0 (%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>08 (18,18%)</b>	<b>36 (81,82%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Percebe-se que trinta e seis (36) colaboradores participaram assinalando sim na criação do ambiente saudável e acolhedor para que possam se reunir, descansar, em comparação de oito (08) que são contra. Este dado sugere a carência de um espaço exclusivo para os colaboradores e que incentive o bem estar nos momentos de pausa.

**Item 13 *check-list*** – Incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde, proporcionando decisões compartilhadas e compromissadas nas questões inclusive clínicas, pois todos atendem os usuários.

Quadro 13: **Incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	09 (20,45%)	25 (56,83%)	34 (77,28%)
Masculino	01 (2,27%)	09 (20,45%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>10 (22,72%)</b>	<b>34 (77,28%)</b>	<b>44 (100%)</b>

A maioria (34) dos colaboradores ressalta a importância do diálogo entre os profissionais, porém vale salientar que dez (10) colaboradores não deram importância ao item. Esta é uma questão que suscita reflexões. A humanização incentiva à interdisciplinaridade e o diálogo. Será esta uma crença dos profissionais que atuam no dia a dia das instituições de saúde? Qual a razão da descrença na interação entre as categorias profissionais?

**Item 14 *check-list*** - Verificar, intervir e analisar os fatores causadores de sofrimento e adoecimento do trabalhador da saúde, a fim de fortalecer o grupo.

Quadro 14: **Verificar, intervir e analisar os fatores causadores de sofrimento. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	03 (6,82%)	31 (70,46%)	34 (77,28%)
Masculino	0 (%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>03 (6,82%)</b>	<b>41 (93,18%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Nesta questão praticamente toda a amostra de sujeitos (41) concordou que o gestor deverá verificar intervir e analisar os fatores que causam sofrimento e adoecimento na equipe. Ressalta-se a importância de cuidar de quem cuida, de enxergar nosso semelhante e nosso colega de equipe. Esta atitude valoriza o colaborador e possibilita ao gestor empatia e aproximação junto à sua equipe e

evitar o assédio moral e o desenvolvimento de doenças laborais como o *burnout*. O ambiente de trabalho deve ser tão salutar ao cliente externo quanto ao interno.

**Item 15 *check-list*** - Proporcionar leituras complementares e textos de interesse aos colaboradores.

Quadro 15: **Proporcionar leituras e textos de interesse aos colaboradores. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	13 (29,56%)	21 (47,72%)	34 (77,28%)
Masculino	02 (4,54%)	08 (18,18%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>15 (34,10%)</b>	<b>29 (65,90%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Infelizmente não há uma tradição de leitura na área. Pelo contrário, há resistência a ela, principalmente na enfermagem. Tal fato é bem ilustrado pelo resultado apresentado no check-list com apenas vinte e nove (29), colaboradores que assinalaram o item como importante contra quinze (15) que não consideraram esta ação necessária para humanizar a gestão. A leitura é um ato glorioso, mas a iniciativa deve partir do próprio gestor que poderá ser o exemplo e o motivador de tal ato.

**Item 16 *check-list*** - Realizar escuta ativa entre todos os profissionais e gestão superior.

Quadro 16: **Realizar escuta ativa entre os profissionais e gestão. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	09 (20,45%)	25 (56,83%)	34 (77,28%)
Masculino	0 (%)	10 (22,72%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>09 (20,45%)</b>	<b>35 (79,55%)</b>	<b>44 (100%)</b>

Ouvir com empatia é valorizar o que o outro fala. Nesse contexto, entende-se que a maioria das pessoas tem dificuldade em escutar e em compreender o que foi dito. Saber ouvir é uma habilidade essencial para um gestor. A maioria das pessoas não consegue escutar com intenção de compreender. Elas ouvem com intenção de

responder, estão sempre falando ou se preparando para falar, (COVEY, 2013, p.287).

**Item 17 *check-list*** - Treinar a equipe com simulações de atendimento.

Quadro 17: **Treinamento da equipe. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.**

Rótulos de Linha	Assinalaram a questão		Total Geral
	Não	Sim	
Feminino	05 (11,36%)	29 (65,92%)	34 (77,28%)
Masculino	01 (2,27%)	09 (20,45%)	10 (22,72%)
<b>Total Geral</b>	<b>06 (13,63%)</b>	<b>38 (86,37%)</b>	<b>44 (100%)</b>

O resultado desta questão foi surpreendente, pois trinta e oito (38), dão muita importância para os treinamentos, ou seja, qualificação profissional. Infere-se que o colaborador necessita de aprimoramento constante e na área da saúde esta é primordial para que possamos cuidar do próximo e de nós mesmos, aprimorando nosso conhecimento técnico e científico. Vale salientar que seis (6) colaboradores não deram importância para esta questão, no entanto. Talvez não estejam se sentindo motivados com o tipo de treinamento e aprimoramento que vem sendo oferecido. É necessário investigar melhor este resultado.

#### **4.3. Análise quantitativa comparativa e significância por categoria profissional do *check-list* pelo teste de Fisher**

O teste de Fisher tem por objetivo comprovar se a ocorrência de respostas (ações) assinaladas nas diversas categorias de profissionais respondentes (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) é possuem equivalência entre si. É um teste não-paramétrico, usado para amostras pequenas onde se desconhece os parâmetros populacionais de média e desvio-padrão. A desvantagem do teste é que ele tende a desperdiçar parte da informação, mas possui o mesmo poder de análise do que os testes paramétricos como, por exemplo, o Qui-quadrado. Pressupostos do teste:

- As amostras são aleatórias e independentes;
- O tamanho das amostras deverá ser pequeno;
- Cada amostra deve ser dividida em categorias exclusivas, conhecidas como

Fator (questões) deve ser as mesmas para cada amostra;

- Cada elemento da amostra irá pertencer a apenas uma das categorias, ou seja, o participante não pode ser Auxiliar de enfermagem e Técnico de enfermagem na mesma pesquisa;

Formulação das hipóteses:

- Hipótese nula: há homogeneidade entre as amostras
- Hipótese alternativa: não há homogeneidade entre as amostras

A análise do teste de Fisher é feita como a  $\chi^2$ .

Nesse caso, calcula-se o  $\chi^2$  de cada amostra e o  $\chi^2$  do total delas ( $\chi^2_T$ ). Depois, soma-se os  $\chi^2$  obtidos para cada amostra ( $\sum \chi^2$ ) e da soma se subtrai o valor obtido para o total de qui quadrados ( $\chi^2_T$ ). O valor final obtido é o  $\chi^2$  de heterogeneidade.

Na análise da amostra, as três categorias profissionais de sujeitos respondentes obtiveram na comparação entre si o seguinte resultado da aplicação do Teste de Fisher, quanto à significância no assinalar dos itens do *check-list* (quadro 18):

**Quadro 18** – Resultado do Teste de Fisher quanto à significância entre as categorias profissionais quanto aos itens assinalados no instrumento *check-list*. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2015.

Amostras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Qui-quadrado
Auxiliar de Enfermagem	0,45	0,05	0,2	2,45	0,8	0,45	0,45	0,05	0,8	1,8	1,25	1,25	1,8	0,2	4,05	0,8	0,2	17,05
Enfermeiro	0,21	0,21	0,05	0,21	0,47	0,05	0,05	0,21	0,05	0,84	0,21	0,21	0,21	0,05	0,47	0,84	0,21	4,58
Técnico de Enfermagem	0,8	0,8	0,8	0,8	0	0,2	0,2	0	1,8	0,8	0,2	0,2	0,8	0	1,8	0,2	0,8	10,20
Totais	1,11	0,57	0,57	2,75	1,11	0,57	0,57	0,20	1,45	3,27	1,45	1,45	2,27	0,20	5,11	1,84	0,82	25,34

$$\sum \chi^2 = 17,05 + 4,58 + 10,2 = 31,83 \text{ e GL (grau de liberdade) } = 48$$

$$\text{Subtrai-se o } \chi^2 \text{ do "Total" da somatória de } \chi^2 = \sum - \chi^2_T$$

$31,83 - 25,34 = 6,49$  e  $GL = 32$ , para valores críticos da tabela da Distribuição do qui-quadrado, nos remetem a um valor tabelado de 49,480.

O teste revelou que, como o valor de calculado  $\chi^2$  é menor que o de  $\chi^2_c$ , portanto aceita-se que os desvios proporcionais encontrados nas amostras são devidos ao acaso, não sendo significativos, assim sendo as amostras são homogêneas, para valores de  $p=0,0556$ .

Conclui-se que o fato de não haver significância revela que todas as respostas foram válidas para todos os sujeitos e possuem o mesmo peso, porém significa que as três categorias de profissionais necessitam da implantação de ações propostas pela PNH e HumanizaSUS.

A seguir, apresenta-se a análise qualitativa dos discursos referentes às questões norteadoras, a partir do referencial da análise de discurso proposto por Bardin (2011).

#### **4.4. Análise qualitativa dos discursos, a partir das questões norteadoras.**

Partindo da consideração de que a Gestão Humanizada significa realmente acolher, efetuamos um grande recorte dos discursos dos entrevistados, visando destacar apenas os relatos que faziam referência.

Na presente análise, o recorte foi apresentado sob a forma de três seqüências discursivas a qual envolvem os enfermeiros, os técnicos de enfermagem e os auxiliares de enfermagem, porém para melhor compreensão e análise de forma sistematizada, optou-se inicialmente em explorar as questões norteadoras: 1) O que você entende por Gestão Humanizada? Defina. 2) Você conhece a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS? Se sim, fale sobre o que conhece. 3) Dê sugestões para outras ações favoráveis a uma Gestão humanizada.

Entretanto, durante as definições foram empregados várias figuras de linguagem como a denotação e a polissemia com intenção de verificar o sentido da palavra. Por fim, foram apresentados os significados a partir das manifestações dos pesquisados à qual foi mantido o anonimato, foram utilizados nomes de FLORES para identificar os enfermeiros, nomes de RIOS para identificação dos técnicos de enfermagem e nome de PÁSSAROS para os auxiliares de enfermagem, identificados nos textos abaixo.

Por Gestão Humanizada, no entender da equipe, significa primordialmente acolher, motivar, comunicar, competência, autonomia, interação pessoal, valorização do ser humano, desenvolvimento de pessoas, ambiente adequado de trabalho.

Desse modo, mediante a análise dos múltiplos discursos emergiu como pertinentes duas (2) categorias principais quanto ao conceito de gestão humanizada. Uma, foi denominada “Conhecimento dos sujeitos sobre gestão humanizada”, cujo discurso apresenta ações e habilidades especiais do gestor favoráveis, à

humanização. A outra, “Conhecimento dos sujeitos sobre a gestão que não humaniza ou está despreparada para humanizar”, revela o oposto, ou seja, características, comportamentos e despreparo do gestor, contrários à humanização no trabalho.

#### **4.5. CATEGORIA A – Conhecimento dos sujeitos sobre gestão humanizada.**

Aqui os sujeitos discursam sobre a compreensão do conceito de gestão humanizada.

“Gestão é aonde quem lidera, ouve, motiva seus liderados. [...], entendo que o gestor que souber se comunicar, se mostrar acessível”. *Margarida*

“[...] a gestão humanizada é a gestão acolhedora e não apenas punitiva [...]”.  
*Pardal*

“[...] que haja participação e opiniões dos colaboradores”. *Amazonas*

##### **4.5.1. Subcategoria 1 – o gestor como comunicador.**

“Gestão é aonde quem lidera, ouve, motiva seus liderados. [...], entendo que o gestor que souber se comunicar, se mostrar acessível”. *Margarida*

“Resgatar o respeito da população funcionários”. *Solimões*

“É aquela aonde há uma linha de diálogo entre o gestor e o subordinado de forma humana e holística”. *Canário*

“[...] mostrem diálogo para que os colaboradores sejam respeitados”. *Sabiá*

##### **4.5.2. Subcategoria 2 - o gestor como acolhedor.**

“Gestão democrática e acolhedora”. *Gloriosa*

“Desenvolver equipes no sentido elaborar e desenvolver potenciais”. *Cravina*

“Resgatar o respeito da população funcionários”. *Solimões*

“Seria uma gestão com participação e acolhimento do colaborador”.  
*Pintassilgo*

“Acolhe os trabalhadores com igualdade, não desmerece e nem favorece o colaborador. Nós colaboradores ficamos a maior parte de nossas vidas no trabalho e

no trânsito, se o local de trabalho nos acolhe com efetividade, isso nos imputa a se sentir valorizado”. *Pardal*

“[...] a gestão humanizada é a gestão acolhedora e não apenas punitiva [...]”.  
*Pardal*

“Humanizar é tornar afável [...]”. *Cardeal*

#### **4.5.3. Subcategoria 3 - o gestor como quem promove a boa relação interpessoal e se preocupa com o bem estar da equipe.**

“Gestão é aonde quem lidera, ouve, motiva seus liderados. [...], entendo que o gestor que souber se comunicar, se mostrar acessível”. *Margarida*

“Quando houver uma mudança para novo projeto, que haja participação e opiniões dos colaboradores”. *Amazonas*

“Humanizar a gestão é criar recursos para que os líderes tenham a consciência no apoio e no desenvolvimento das equipes no sentido de explorar e expandir potenciais”. *Cardeal*

“A gestão humanizada se destina também ao funcionário e não somente ao usuário”. *Papa-capim*

“[...] é estar aberto a uma boa relação de amizade mútua entre as partes, mesmo quando há liderança que o próprio cargo impõe”. *Canário*

“Modo de interagir entre colaboradores e supervisores, visando sempre o bom ambiente de trabalho e assim melhorar o nível de atendimento ao usuário”. *Beija Flor*

“É uma maneira de melhorar o ambiente de trabalho através da valorização dos funcionários em prol da produtividade”. *Caboclinho*

“Gestão humanizada tem um olhar mais amplo para os funcionários, para ter um retorno de trabalho melhor, procurar entender o que está acontecendo com o funcionário no geral [...]”. *Rouxinol*

#### **4.5.4. Subcategoria 4 – O gestor promotor de melhorias ambientais e como agente de mudanças.**

“Gestão é aonde quem lidera, ouve, motiva seus liderados. [...], entendo que o gestor que souber se comunicar, se mostrar acessível”. *Margarida*

“Desenvolver equipes no sentido elaborar e desenvolver potenciais”. *Cravina*

“Quando houver uma mudança para novo projeto, que haja participação e opiniões dos colaboradores”. *Amazonas*

“É quando o gestor promove ações que viabilizam o trabalho dos colaboradores, trabalham melhor”. *Bicudo do Norte*

Uma gestão preocupada com o bem estar dos colaboradores, condições físicas, estruturais e de organização, favorecendo um melhor desempenho profissional dos colaboradores. *Pica Pau*

“Humanizar é [...] um processo que pode ocorrer em várias áreas, implicando numa mudança na gestão dos sistemas de saúde e seus serviços em que a mentalidade dos indivíduos vão sofrer mudanças”. *Cardeal*

A Categoria A e suas subcategorias revelam o importante papel do gestor como líder e mediador de intervenções nas relações humanas, pois, os relatos evidenciaram a necessidade dos sujeitos em uma maior aproximação e acolhimento dos gestores diferentes competências para os gestores em relação à equipe. Inclusive, houve verbalização da ansia por acolhimento não só ao usuário, mas aos colaboradores.

Franco (1999), afirma, no entanto, que o acolhimento só é possível se a gestão for participativa e pautada nos princípios da democracia e na efetiva interação na equipe.

Quin (2011) ressalta no que se refere às características positivas em prol da humanização da gestão que se espera empatia por parte dos gestores, além de estarem abertos às opiniões dos colaboradores agindo como elemento facilitador ao orientar pessoas e facilitar os processos de grupos e equipes.

As subcategorias de discurso *o gestor como comunicador; o gestor como acolhedor e o gestor como quem promove a boa relação interpessoal* apontam, portanto, a importância da proximidade acolhedora, aberta em relação à

comunicação e a necessidade da preocupação deste com o bem estar da própria equipe, além desta preocupação com o usuário.

#### **4.6. CATEGORIA B – Conhecimento dos sujeitos sobre a gestão que não humaniza ou está despreparada para humanizar.**

Os entrevistados, nesta categoria, depois de apresentarem em seus discursos a perspectiva do gestor ideal, colocam que vivenciam uma realidade que em vários aspectos relativos à Gestão Humanizada são rompidos.

##### **4.6.1.Subcategoria 1 – gestor como aquele que pune.**

“Acredito que seja uma gestão que compreenda o fator humano e saiba estimular desenvolvimento e competências”. *Flor de Lotús*

“Gestão é aonde quem lidera, ouve, motiva seus liderados. [...], entendo que o gestor que souber se comunicar, se mostrar acessível”. *Margarida*

“Somos jogados na mão destes diretores, supervisores, enfermeiros do setor [...], que só sabem infernizar, [...], a única língua delas é a desigualdade, humilhação. [...]”. *Solimões*

“[...] A satisfação do colaborador em exercer uma função onde escolhem trabalhar com dignidade, sem sofrer pressão e assédio como se vê”. *Papa Capim*

“Gestão humanizada [...] para ter um retorno de trabalho melhor, [...] procurar entender o que está acontecendo com o funcionário [...] antes de qualquer tipo de punição, sem consulta-lo antes, isto acarreta para o funcionário frustrações e interesse muito em seu psicológico e nos capacitar”. *Rouxinol*

“Muitas vezes atribuem tarefas que não são de nossa competência pondo em risco a vida do paciente e sofrimento do funcionário; somos advertidos quando nos recusamos a fazer procedimento que não somos treinados. Muitos funcionários ficam doentes se afastam da instituição [...]”. *Cuco*

“[...] a gestão humanizada é a gestão acolhedora e não apenas punitiva”. *Canário*

#### 4.6.2. Subcategoria 2 – gestor despreparado para humanizar

“Gestão é aonde quem lidera, ouve, motiva seus liderados. [...], entendo que o gestor que souber se comunicar, se mostrar acessível”. Margarida

“Somos jogados na mão destes diretores, supervisores, enfermeiros do setor [...], não tem conhecimento científico, [...]”. *Solimões*

“[...] gestores não tem qualificação para exercer a função. Pedimos qualificação aos gestores, são despreparados”. *Cuco*

Para Quin (2011), “Para ser um líder é necessário ser um bom seguidor paradoxal porque líderes e seguidores geralmente assumem tipos de comportamentos opostos”. Entretanto, a comunicação acontece em muitos níveis e é um processo bidirecional. Ao nos imaginarmos no lugar do próximo, tomamos a consciência de nos mesmos, ou seja, sentimos empatia para entender as necessidades, sentimentos e sofrimento do outro, neste sentido o gestor não poderá ser um ditador, mas sim um mediador entre sua equipe.

Nesse cenário, pressupõem que:

“A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na **interação entre os trabalhadores**, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particulares”. No processo de trabalho os trabalhadores usam de si, ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é a própria de todo o trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros, (BRASÍLIA, 2004).

Nota-se daí, a importância da qualificação do colaborador, do supervisor e do gestor, para que haja responsabilidade e valorização em conjunta no processo do cuidar.

Para Brasília, (2010), “A cogestão é o modo de administrar que inclui o pensar, o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde”.

Assim, a cogestão resulta, no respeito mútuo entre os indivíduos envolvidos, efetivando a interação entre os colaboradores.

Nos discursos anteriores foram identificadas as necessidades dos entrevistados de obter um gestor mediador, porém uma das metas Política Nacional de Humanização e HumanizaSUS, é a clinica ampliada a qual visa as inovações nos processos de trabalho, entretanto essas ações podem ser exemplificadas nas três categorias com subcategorias de discurso para questão.

#### **4.7. CATEGORIA A – Humanização relativa ao colaborador**

Nesta categoria, os sujeitos pesquisados relatam o conhecimento ou não da PNH HumanizaSUS. A análise dos discursos falta de informação / conhecimento, qualificação do gestor, Ética, divisão da equipe, valorização do ser humano, interação pessoal e comunicação, empatia, responsabilidade e respeito, valores,

Poder de decisão Público /Gestão, revelou duas subcategorias, conforme se pode verificar a seguir.

##### **4.7.1. Subcategoria 1 – Conhece, mas não ocorre.**

Nesta subcategoria, os entrevistados narram que conhecem a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS, porém, não conseguem verificar que estas estejam sendo aplicadas na prática, conforme se pode verificar nos depoimentos a seguir:

“Propõe mudança no modo de gerir e cuidar, melhorar a comunicação entre gestores”. *Tulipa*

“O SUS tem que oferecer o que é seus princípios, integralidade, igualdade, descentralização. Enquanto o poder público [...], não se consegue consultas e exames, [...]”. *Solimões*

“[...] a Lei Humaniza Saúde no papel existe, na instituição e prática, não”.  
*Cuco*

“Já ouvi falar, aqui [...], se tem, não sei onde fica”. *Sabiá*

Como se pode verificar, o discurso dos entrevistados traz certa descrença na efetivação de estratégias humanizadoras propostas pela PNH e HumanizaSUS na prática diária. Esta subcategoria não foi manifestada por uma maioria de respondentes, porém aponta alguma insatisfação quanto a este aspecto. Esta subcategoria nos leva a refletir a necessidade de efetiva implantação da

humanização na gestão e certa sensibilidade do gestor quanto a identificar os colaboradores que necessitam de maior compreensão e acolhimento, para que agreguem seus talentos a favor de um ambiente de trabalho saudável (MARIN et al, 2010).

Marin et al (2010) corrobora com Beck et al (2009 ) quanto à necessidade de maior atenção, reconhecimento e valorização do colaborador por parte dos gestores com a equipe de enfermagem, o que reforça o discurso encontrado nos sujeitos desta pesquisa ao relatarem que sentem distância entre as práticas humanizadoras de gestão propostas pela PNH e HumanizaSUS e a realidade.

#### **4.7.2. Subcategoria 2 – Conhece como política que propõe ações, estratégias e valorização do colaborador.**

Nesta categoria, os colaboradores conhecem a Política Nacional de Humanização e HumanizaSUS, reconhecem a interdependência de suas ações à qual visa os efeitos positivos e negativos na sociedade. Nota-se que os indivíduos estão interligados mutuamente. Conforme relato abaixo.

“São estratégias para melhoria do serviço no SUS, baseada na compartilhadas de informações entre gestor, trabalhador e usuários”. *Copo de Leite*

“Foi criada para humanizar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários”. *Amarílis*

“O SUS tem que oferecer o que é seus princípios, integralidade, igualdade, descentralização [...]”, *Solimões*

“São ações realizadas em conjuntos pelo gestor, colaboradores e população com objetivo da melhora no atendimento e resolução de problemas”. *Bicudo do Norte*

“Uma estratégia que visa a melhoria no atendimento, promovendo também melhoria para os funcionários”. *Pássaro Preto*

Vale salientar, que os problemas relacionados à humanização de uma forma ou de outra estão sempre presentes na enfermagem, por outro lado, cabe ao gestor refletir acerca de valores e a prática profissional, sendo solidário e acolhedor.

“Pensar na relação humanização / trabalho em enfermagem nos remete a duas diferentes formas de abordar o assunto. Podemos estar nos

referindo à humanização do trabalho de enfermagem ou ao trabalho humanizado da enfermagem. No primeiro caso, estaríamos nos referindo ao desenvolvimento de uma assistência de enfermagem humanizada e, no segundo, a um processo de trabalho que humanize as relações do trabalho de enfermagem. Nos dois casos estaríamos falando da razão e do sentido que esses conceitos abarcam na profissão enfermagem, pois a enfermagem é, essencialmente, cuidado, e cuidado prestado ao ser humano, individualmente, na família ou comunidade”, (COLLET, 2003, p189).

#### **4.8. Categoria B: Humanização relativa ao usuário**

É sabido que a humanização relativa ao usuário é uma das maiores estratégias utilizadas pelas instituições, porém cabe lembrar que a política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS, visa também o colaborador, entretanto, promover a humanização requer mudanças de comportamento. Vejamos a seguir:

“Valorizar o ser humano e as condições humanas acima de tudo, valorizar os atributos das realizações humanas”. *Cravo*

“[...], não se consegue consultas e exames, [...]”, *Solimões*

“Hoje você (profissional da saúde) é o cuidador, porém amanhã você pode ser o cuidado”. *Canário*

“A Humanização é o bem estar psicossocial do cuidador para cuidado do próximo, o paciente”. *Melro-preto*

"Para que os trabalhadores de saúde, possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro e sua condição humana, dentre outros, necessitam manter sua condição humana também respeitada, ou seja, trabalhar em adequadas condições, receber uma remuneração justa, e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas. Logo fica evidente que os profissionais, na maioria das instituições de saúde, estão aquém da reconhecida valorização de si e do seu trabalho”, (Backes, 2006, p 134).

Percebe-se à melhoria da assistência e da humanização necessita investimentos de pessoal e da educação continuada efetiva.

#### **4.8.1. Subcategoria 1 – Incentiva o acolhimento e a empatia; direito do paciente.**

Embora, o acolhimento seja uma estratégia de ação multiprofissional interligada ao serviço de saúde em prol do usuário, porém essa subcategoria expressa o sentimento dos informantes sobre o significado de acolhimento. Nota-se a seguir.

“Hoje os trabalhadores estão divididos em grupos e por consequência de uma gestão falha, alguns grupos fortalecem no conforto limitado a trabalhos aleatórios [...]”. *Gardênia*

“O SUS tem que oferecer o que é seus princípios, integralidade, igualdade, descentralização, [...]”. *Solimões*

“Tratar da maneira como gostaria de ser assistido”. *Canário*

“[...] uma estratégia que visa à melhoria no atendimento [...]”. *Pássaro Preto*

“Trata-se do cuidado humano com o próximo, no caso, o doente, [...] nortear o atendimento de enfermagem de forma acolhedora e humana”. *Canário*

Segundo Collet, (2003), “O processo de humanização se produz e reproduz nas relações entre profissional e usuário e profissionais entre si e, que essas relações são estabelecidas nos ambientes de trabalho, é importante levarmos em considerações o contexto em que essas relações se dão”.

No entanto, é importante ressaltar o comprometimento da equipe de enfermagem na escuta ativa, sendo assim haverá empatia entre usuário e colaborador, ou seja, compreender e colocasse no lugar do próximo faz-se necessário para uma assistência de qualidade.

Para Cianciarullo, (2000) “A comunicação é um ato intrínseco ao existir humano que engloba todas as formas que uma pessoa utiliza para poder afetar o outro, seja ela verbal, não verbal ou paraverbal”.

“A comunicação é a mais importante habilidade da vida. Comparativamente, poucas pessoas têm um treinamento para ouvir o que quer que seja. E quando isso acontece, o treino costuma ser feito dentro da técnica da Ética da Personalidade, desvinculada do caráter e do relacionamento

básico, absolutamente vitais para compreensão autêntica da outra pessoa”, (COVEY, 2013, pag. 285 - 292).

Deduz-se que a comunicação é uma habilidade que nem todos conseguem desenvolver, portanto quando má interpretada acarreta em conflitos e desentendimentos nas relações humanas, por outro lado, a escuta empática fornece informações precisas no trabalho.

#### **4.8.2. Subcategoria 2 – Conhece como política que propõe ações e estratégias de humanização para o usuário.**

Nesta subcategoria reunimos os depoimentos em que os entrevistados relacionam o significado da PNH, sua caracterização e transformação ao longo dos tempos, por fim percebeu-se o conhecimento mútuo entre os indivíduos. Observamos.

“Apenas a parte que descreve classificação de risco”. *Flor de Lotús*

“Foi criada para humanizar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários”. *Amarílis*

“O SUS tem que oferecer o que é seus princípios, integralidade, igualdade, descentralização, [...]”. *Solimões*

“[...] O SUS estabelece algumas diretrizes para nortear o atendimento de enfermagem de forma acolhedora e humana[...]”. *Canário*

“[...] A PNH, existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS [...]”. *Cardeal*

“É a união entre gestor, colaboradores e usuários para humanizar a saúde”. *Caboclinho*

“Ações realizadas em conjuntos pelo gestor, colaboradores e população com objetivo melhora no atendimento e resolução de problemas”. *Bicudo do Norte*

Um fato interessante ocorreu nestes discursos, os entrevistados mencionaram as palavras diretrizes e princípios do SUS, todavia não explicaram seus significados, entretanto nota-se o grau de conhecimento à qual envolvem os preceitos constitucionais da construção do SUS. São elas:

•Princípios e Diretrizes doutrinários:

Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização e Resolubilidade.

Participação dos Cidadãos, (DF, 1990).

“O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade” (BACKES, 2006).

Nesse sentido cabe ressaltar, que os discursos são diferentes, entretanto, possuem mesmo objetivo valorização do ser humano, seja ele usuário ou profissional, ambos necessitam dos mesmos cuidados.

#### **4.8.3.Subcategoria 3- Política de Humanização conjunta: colaborador-usuário**

Durante os discursos, foi possível constatar que valorizar as diferenças é muito importante, pois todas as ações diretas ou indiretas realizadas sem pensar refletem no colaborador e usuário, principalmente a respeito da dignidade humana, pois humanizar é acolher, é dar ao próximo o que queremos receber, é saber compartilhar, rompendo o distanciamento entre os seres, sejam elas: gestor, colaborador e usuários. Vejamos nos discursos abaixo.

“A saúde é direito de todos e dever do estado. Todos devem ter acesso ao serviço de saúde independente de sua crença e condições sociais”. *Zinias*

“É a interação das equipes dando atenção integral ao sujeito, para valorização e avanços na saúde”. *Íris*

“O SUS tem que oferecer o que é seus princípios, integralidade, igualdade, descentralização, [...]”. *Solimões*

“Uma estratégia que visa à melhoria no atendimento, promovendo também melhoria para os funcionários”. *Pássaro Preto*

“Humanizar se traduz com inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidados”. *Cardeal*

“São ações realizadas em conjuntos pelo gestor, colaboradores e população com objetivo melhorar no atendimento e resolução de problemas”. *Bicudo do Norte*

“É direito de todo cidadão ter acesso ao atendimento público de qualidade, mas para isso faz-se necessário a melhoria do sistema de saúde como um todos. Dois aspectos nos parecem fundamentais para construção da humanização no trabalho da enfermagem. Um deles está vinculado à qualidade do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e o outro está vinculado às formas de gestão dos serviços de saúde. Assim, os requisitos básicos colocados para o desenvolvimento de uma assistência humanizada e de qualidade incluem o compromisso da liderança do serviço, a qualidade da gestão, a competência e a criatividade da equipe,(COLLET,2003).

As informações contidas nos discursos mostrou que a saúde é responsabilidade do Estado, mas o respeito à dignidade humana são de todos os envolvidos no processo do cuidar.

Nesta questão norteadora “Dê sugestões para outras ações favoráveis a uma gestão Humanizada, surgiram: cogestão, acolhimento, motivação, empatia, interação pessoal, trabalho em equipe, flexibilidade, organização e administração do tempo”. Face às sugestões citadas acima, emergiram a categoria: Relações de trabalho e as subcategorias: ambiente/benefícios, respeito/valorização; relação/comunicação interpessoal saudável (escuta), incentivo ao aperfeiçoamento, trabalho em equipe.

A categoria Relações de Trabalho foi importante e interessante discutir, porque envolve os direitos humanos que por sua vez não pode ser violado. Percebe-se nos diálogos a seguir:

“Valorizar o conhecimento do profissional, buscando acrescentar e enriquecer”. *Gardênia*

“Se colocar no lugar do outro. Encorajar o profissional buscar conhecimentos novos. Proporcionar uma comunicação adequada com sua equipe”. *Zinias*

“Plano de carreira verdadeira, proporciona o profissional a buscar conhecimento, nova visão de trabalho”. *São Francisco*

“Reciclagem dos funcionários, independente da hierarquia”. *Amazonas*

“ Vestiário para banho e troca de roupa, [...], Conforto para descanso. Mais afeição e respeito e consideração com os trabalhadores”. *Cacatua*

“[...] *estruturamento* de relações, melhor ambiente de trabalho para um atendimento melhora ao cliente[...]. Ser respeitado e valorizado como pessoa e profissional”.Pintassilgo

“Mais valorização dos auxiliares e técnicos de enfermagem pelo enfermeiro, pois muitos acham que *são patrão*, não tem trabalho em equipe”.Verdilhão

“Que os gestores procurem ouvir os colaboradores, tentar melhorar as condições de trabalho, fazer o possível”.Sabiá

“A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa,( UNESCO, 2006)”.

Nestas circunstâncias, encontra-se exposto a perda da identidade do colaborador, onde apenas são visto como trabalhador braçal. Apesar dos mesmos terem consciência de suas necessidades sente despersonalizado.

Nas Subcategorias: ambiente/benefícios; respeito/valorização; relação/comunicação interpessoal saudável (escuta); incentivo ao aperfeiçoamento; trabalho em equipe, foram observados que nos momentos dos relatos não houve discordância entre os colaboradores.

“Proporcionar ações favoráveis em prol do cuidador. Identificar os fatores positivos na equipe [...]. Incentivar o trabalho e valorização do seu desempenho dentro da equipe multidisciplinar”.Cravo

“Procurar diminuir a quantidade de impressos na rotina hospitalar que provocam perda de tempo para os trabalhadores”. *Copo de Leite*

“Quebrar as correntes e medalhões de liderança mãos de ferro”.São Francisco

“[...], *ingesta* o respeito aos colaboradores, usuários, diretoria. Organizar, incentivar com único objetivo a melhoria do atendimento, [...],tantos colegas de enfermagem **trabalhando** insatisfeitos, sendo obrigados e ameaçados a trabalhar em setor que não se identifica. *Solimões*

“Ser respeitado e valorizado como pessoa e profissional, não ser só considerado um trabalhador braçal, pois você está cuidando de uma vida, um ser humano não um objeto”. Pintassilgo

“Uma relação mais aberta, diálogo e reuniões”. Pintassilgo

“Maior compreensão com os funcionários, ouvir mais os funcionários”.  
Pássaro Preto

“[...] acham que só porque fez faculdade não tem que por a mão em paciente ou ajudar os auxiliares e técnicos”. Verdilhão

A partir dos relatos obtidos e das observações realizadas, constatamos que a gestão humanizada dar-se-á através do respeito mutuo entre todos da equipe.

Segundo Collet (2003), “Como é possível ao trabalhador cuidar de maneira humanizada, se ele próprio não habita em meio humanizado”.

Assim, a humanização do/no trabalho dar-se-á através da comunicação e participação do colaborador.

Nesse sentido, para Backes (2006), É imprescindível reconhecer, ainda, que o exercício da autonomia, ou seja, a relação sujeito- sujeito, não é um valor absoluto, mas um valor que dignifica tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidado profissional.

“Relevar a opinião do conjunto de trabalhadores atuantes na instituição de saúde, independentemente do cargo ou função que ocupam, é importante, pois permite a gestão co-participativa e promove uma boa relação entre os profissionais. Esta estratégia administrativa possibilita a expressão das necessidades peculiares das diferentes categorias profissionais que precisam ser consideradas quando se almeja a execução do trabalho conjunto, de forma harmoniosa” (HOGA, 2004).

As manifestações nos discursos mostram que ninguém humaniza ninguém, o que falta entre os indivíduos é uma comunicação ativa, feedback, e reflexão dos processos de trabalho.

Segundo Goulart, 2010, “A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”.

A falta de comunicação e motivação mostra a deficiência no processo da Gestão Humanizada em saúde.

Em se tratando das sugestões citadas, cabe lembrar que todas fazem parte das competências gerenciais da enfermagem.

“Competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos que permitem ao indivíduo desempenhar com eficácia determinadas tarefas em qualquer situação. Afirma que o perfil de competências é o diferencial competitivo de cada pessoa ou profissional e, por que não dizer, da própria instituição” (BERTI, 2005).

Ressaltamos que foram consolidadas onze (11) competências na enfermagem, são elas: Liderança, Comunicação, Tomada de Decisão, Negociação, Trabalho em Equipe, Relacionamento Interpessoal, Flexibilidade, Empreendedorismo, Criatividade, Visão Sistêmica e Planejamento e Organização.

As manifestações nos discursos mostram que ninguém humaniza ninguém, o que falta entre os indivíduos é uma comunicação ativa, *feedback*, e reflexão dos processos de trabalho.

A falta de comunicação ativa e da motivação mostra a deficiência no processo da Gestão Humanizada em saúde, face à situação também vale investir no trabalhador para que este possa ofertar um atendimento humanizado ao cliente, por isso, em se tratando do trabalhador apresentamos uma lista final de ações propostas para desenvolvimento de uma gestão humanizada sugerida pelos entrevistados que são elas: Realizar encontros/reuniões; Incentivar a colaboração dos colaboradores no planejamento de ações; treinamentos e cursos; Abertura para propostas de novos fluxos e modificações; Elaboração da Escala de Serviço Diálogo e Acolhimento Elogiar o colaborador. Retorno sobre qualidade do trabalho do colaborador Criar um espaço coletivo de gestão; Criação de colegiados gestores, CTH, GTH, GPA; Criar no ambiente físico espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis; Incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde; Verificar, intervir e analisar os fatores causadores de sofrimento. Proporcionar leituras e textos de interesse aos colaboradores; Realizar escuta ativa entre os profissionais e gestão; Treinamento da equipe. Nota-se a importância do gestor como elemento principal no processo de mudança, bem como valorizar o discurso do colaborador.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da Gestão Humanizada envolve questões relacionadas à PNH e ao HumanizaSUS, que vão desde aplicação de ações psicossociais (acolhimento) até as operacionais (maquinário), porém ambas envolvem a ética e cidadania, o que transpassa a gestão tradicional.

Compreende-se que humanizar a saúde é poder transformar os hábitos e comportamentos dos envolvidos sejam eles o gestor, o colaborador ou o usuário. Essas mudanças envolvem a política propriamente dita, relacionada ao colaborador como um todo no seu contexto biopsicossocial e econômico e no que diz respeito à saúde e suas dimensões.

A gestão humanizada, segundo os colaboradores entrevistados, não pode caracterizar-se por práticas desumanizantes que implicam na falta de interação pessoal, empatia, comunicação, desvalorização do profissional, pois assim, o trabalho em equipe, os benefícios, o bom ambiente e as relações de trabalho ficam comprometidas. Quando o cidadão não é respeitado, ou quando a comunicação não se efetiva pela prática do acolhimento por parte do gestor, há um afastamento da gestão que humaniza e que alcança a eficácia junto à equipe.

A PNH abrange uma prática humanizada no processo do cuidar, tanto para usuário, quanto para colaborador, porque como Política seu contexto é subsidiar os princípios e diretrizes para sua implantação, porém os protagonistas do sistema necessitam compreender e aplicar esta Política, sem mantê-la apenas no papel. As ações propostas nesta dissertação que são favoráveis à humanização foram retiradas dos textos da própria Política Nacional de Humanização. Este estudo revela que elas serão bem vindas se efetivadas na prática.

No processo da pesquisa, foi possível identificar nos discursos o sentimento de exclusão e sofrimento dos pesquisados, quando relataram que gostariam de participar de reuniões com seus gestores e na participação do planejamento das ações no trabalho. A discussão sobre a PNH evidenciou, portanto, a necessidade de investimento no campo da gestão humanizada e da efetivação da corresponsabilidade entre gestor e colaborador.

Os dados quanti e qualitativos nos levam a concluir que urge investir nas propostas da PNH e do HumanizaSUS em termos de gestão humanizada quanto a: realizar encontros/reuniões, incentivar a participação dos colaboradores no

planejamento de ações de enfermagem, incentivar a realização de treinamentos e cursos de aprimoramento e educação contínua, prover acessibilidade ao diálogo e acolhimento, elogiar o colaborador, dar *feedback* sobre a qualidade do trabalho como instrumento de crescimento e de se evitar erros futuros conferindo segurança ao colaborador, analisar os fatores causadores de sofrimento e adoecimento em serviço evitando-os ou sanando-os e treinar a equipe.

A Gestão Humanizada afasta o caráter mecânico do trabalho da equipe de enfermagem, pois, a gestão participativa e coletiva incentiva a colaboração mútua, o sentimento de utilidade e respeito à opinião do colaborador em prol do desenvolvimento da organização de saúde e de um ambiente saudável e acolhedor não somente para o usuário, mas para todos favorecendo a beneficência, a dignidade, a justiça e a eficácia.

Trabalhar não deve ser uma punição, mas um momento do dia a dia do ser humano em que suas ações são reconhecidamente importantes para a harmonia da sociedade, de realização pessoal e profissional na área que escolheu e na melhoria da qualidade de vida de todos – usuário e colaborador. Esta situação não será possível se este trabalhador não for ouvido, reconhecido e acolhido pelo gestor, a partir de ações relativamente simples, mas que trazem grande significado ao ser humano, como as descritas e validadas como humanizadoras pelos sujeitos aqui pesquisados.

Falta apenas aplicá-las efetivamente e testar sua eficácia no processo de humanizar a gestão. Mas esta é outra história...

## 6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**: Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2011. 37-133p.

BACKES, Dirce Stein; Wilson D. Lunardi Filho; Valéria LerchLunardi. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador**. RevEscEnferm USP 2006; 40(2):221-7. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)

BECK,Carmem Lúcia Coloméet al.**Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2009 mar; 30(1): 54-61.

BERTI, Heloisa Wey; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. **Percepção dos gestores municipais de saúde sobre qualidade da assistência e controle social**. Revista Nursing. 2005; 88 (8): 425-31

BEZERRA, Felipa Daiana et al. **Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro**. Ver. Bras. Enferm. Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 33-7p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes**. Brasília – DF. Ed. MS. 2003. 36-37 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília – DF. Ed. MS, 2003. 36-37p.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumzanizaSUS Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília– DF. Ed. MS 2004. 04p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília– DF. Ed. MS. 2009. 06-44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Série B. Textos Básicos de Saúde.Brasília– DF. Ed. MS. 2009. 05-56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília– DF. Ed. MS. 2010. 04-54 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Constituição da República Federativa do Brasil. **Texto promulgado em 05 de outubro de 1988**. Brasília – 2013. 33-34 p.

CASATE, Juliana Cristina; Corrêa, Adriana Katia. **Humanização do Atendimento em Saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem**. Rev.Latino.am Enfermagem; 13 (1): 105-11, Jan-Fevereiro 2005. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. 61-73p.

COLLET, Neusa; Rozendo, Célia Alves: **Humanização e Trabalho na Enfermagem**. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF)56(2): 189-192, mar/abr 2003.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem: **Projeto Competências**. São Paulo. ano 11. nº 84. Fev/2010. Disponível em: [http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista\\_enfermagem\\_fevereiro\\_2010\\_0.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_fevereiro_2010_0.pdf). Acesso em: 10/03/2015

COVEY, Stephen Richards. **Os setes hábitos das pessoas altamente eficazes**. Tradução de: Alberto Cabral Fusaro, Marcia do Carmo Felismino Fusaro, Claudia Cerpe Duarte; Consultoria Teresa Campos Salles. 48ªed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2013. 284-290p

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos Cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 35-141p.

FONTANA, Rosane Teresinha. **HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO**. Ver. Rene. Fortaleza, V.11,nº1, p.200-2007. Jan./Mar.2010.

FRANCO, Túlio Batista; Bueno, Wanderley Silva; Merhy, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim**. Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro,1999, abr/jun 15(2): 345-353. ev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, jan./mar.2010

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. **Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010. 15(1): 255-268

HOFMANN, Leopoldo. **Humanização do Trabalho**. Editado pelo Serviço Social da Indústria- Departamento Regional do Rio Grande do Sul, divisão de educação Social, 1961. 05-44p.

HOGA, Luiza AkikoKomura. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão**. *RevEscEnferm USP* 2004; 38(1):13-20.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONE, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6 ed. São Paulo. Ed. Atlas. 2001. 151 -157 p.

MARIN, Maria José Sanches; STORNIOLO, Luana Vergian; MORAVCIK, Maria Yvette. **A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista**, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2010, 18(4):763-769

MATSUURA, Koïchiro. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Unesco. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Tradução pela: Comissão Nacional da UNESCO – Portugal – Ano 2006. Disponível em: [www.unesco.org/shs/ethics](http://www.unesco.org/shs/ethics). Acesso: 03 de março de 2015.

MOTTA, Paulo Roberto. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2001. 144p

NOVAES, Maria Aparecida. **História do Hospital Geral Dr. José Pangella de Vila Penteado**. 2005. Disponível em:[www.portaldoo.com.br/entidade/saúde](http://www.portaldoo.com.br/entidade/saúde). Acesso em: 05 outubro 2014.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**., São Paulo, Edição Loyola. 2004. 319 p.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução de: Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artmed 7. ed.2011, 146-342p.

QUINN, Robert et al. **Competências Gerenciais: A abordagem de valores concorrentes na gestão**. Tradução de Eduardo Kraszczuk. Rio de Janeiro: Elsevier, 5 ed. 2011

## APENDICES

### APENDICE 1 - Instrumento de Coleta de Dados

#### 1 – Dados gerais

Código: \_\_\_\_\_ Idade (anos): \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Categoria

Profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de Formado (a): \_\_\_\_\_

Especialização/outra informação que queira fornecer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Religião/crença: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. Questões norteadoras:

a) O que você entende por Gestão Humanizada? Defina.

b) Conhece a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS? Se sim, fale sobre o que conhece

#### 3 – Lista de ações sugeridas para uma gestão humanizada

A seguir, há uma lista (*check-list*) de ações favoráveis à gestão humanizada. Assinale as que considera interessantes e que poderiam ser implantadas em sua unidade de trabalho:

( ) Realizar encontros/reuniões (rodas) agendadas com o gestor para discutir questões do dia a dia no trabalho e dar sugestões para solucionar problemas;

( ) Incentivar a colaboração dos colaboradores no planejamento de ações de enfermagem do Hospital Geral de Vila Penteado Dr. Jose Pangella;

- ( ) Incentivar a participação dos colaboradores em treinamentos e cursos;
- ( ) Abertura para propostas de novos fluxos e modificações de estrutura e ambiente que possam favorecer/facilitar o trabalho por parte dos colaboradores;
- ( ) Permitir que os colaboradores participem ativamente da elaboração das escalas de serviço, propondo sugestões que resolvam os problemas e conflitos;
- ( ) Estar acessível ao diálogo e que o colaborador se perceba acolhido por ele;
- ( ) Elogiar o colaborador quando merecido em público e se necessitar ser corrigido, que o faça em particular;
- ( ) Dar retorno sobre a qualidade do trabalho do colaborador e como ele vem contribuindo para a melhoria do setor; quando o retorno for para corrigir algo que necessita ser melhorado, que seja com acolhimento e sugestões para conseguir superar o problema;
- ( ) Aceitar ouvir sugestões de mudanças, respeitando a opinião dos colaboradores; que seja um bom ouvinte antes de opinar;
- ( ) Criar um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores;
- ( ) Estar aberto à criação de colegiados gestores, mesas de negociação, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros;
- ( ) Procurar criarmos ambiente físico espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre pessoas (local para reuniões, café, etc);
- ( ) Incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde, proporcionando decisões compartilhadas e compromissadas nas questões inclusive clínicas, pois todos atendem os usuários;
- ( ) Verificar, intervir e analisar os fatores causadores de sofrimento e adoecimento do trabalhador da saúde, a fim de fortalecer o grupo;
- ( ) Proporcionar leituras complementares e textos de interesse aos colaboradores;
- ( ) Realizar escuta ativa entre todos os profissionais e gestão superior;
- ( ) Treinar a equipe com simulações de atendimento;

**Dê sugestões para outras ações favoráveis a uma gestão humanizada:**

---

---

---

---

---

---

## **APENDICE 2 – Termo de consentimento informado livre e esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Ana Cristina de Sá

Local da Pesquisa: Hospital Geral de Vila Penteado Dr. Jose Pangella

Endereço e telefone: Av. Nazaré, 15001 Tel: (11) 9 9194-9026

#### **PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO COLABORADOR E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde, agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, solicite explicação sobre qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é fornecer as informações sobre a pesquisa e, se assinado, obter sua permissão para participar do estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se quiser, porém pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem por objetivo apresentar uma lista de ações que propiciam a humanização da gestão baseada na Política Nacional de Humanização e princípios da Bioética. Ela pretende a partir de suas sugestões apresentar contribuições importantes de interesse coletivo para implantação de algumas dessas ações.

Participam desta pesquisa aproximadamente 40 profissionais que compõem o corpo de enfermagem do Hospital Geral de Vila Penteado Dr. Jose Pangella, ou seja, enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, de ambos os sexos, que serão identificados por um código numérico sem que conste o nome do pesquisado, para garantir o sigilo das informações fornecidas. Garantimos ainda, que não há qualquer implicação dos resultados desta pesquisa que possa acarretar em desconforto ou constrangimento dos participantes. A participação é voluntária, não acarretando em qualquer custo por parte dos respondentes. O único fator restritivo está relacionado ao tempo despendido durante a entrevista/coleta de dados.

Caso tenha alguma dúvida em relação ao estudo, contate a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Ana Cristina de Sá, RG 8.331.696-6, pelo correio eletrônico: [anacrisprofessora@uol.com.br](mailto:anacrisprofessora@uol.com.br) ou pelo telefone celular número (11) 9 91949026. Você poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, caso considere que, de alguma forma, se sentiu desconfortável com esta pesquisa pelo Tel: 3465-2669 ou E-mail: [coep@saocamilosp.br](mailto:coep@saocamilosp.br)

**APENDICE 3 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO COLABORADOR**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão.

Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

---

Assinatura

## ANEXOS

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA  
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

O "HOSPITAL GERAL "DR. JOSE PANGELLA" VILA PENTEADO, na condição de instituição co-participante do estudo autoriza a coleta de dados referente ao projeto de pesquisa intitulado: "Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la" de responsabilidade do pesquisador "Cleonice Maria Clementino dos Santos" que está vinculado ao Centro Universitário São Camilo-SP (Instituição Proponente), mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

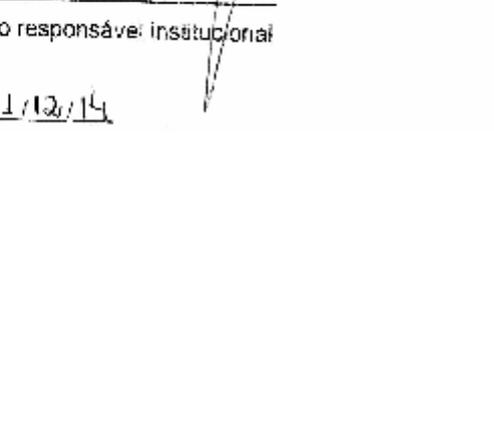
Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável institucional

\_\_\_\_\_  
Cargo do responsável institucional

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

DATA 01/12/14

  
Dr. Marcello Libitana Carneiro  
Coordenador do CEP  
Hospital Geral de Vila Penteado



CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO  
CAMILO - UNISC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gestão Humanizada em Enfermagem: conceito da equipe de enfermagem e ações que podem viabilizá-la

**Pesquisador:** CLEONICE MARIA CLEMENTINO DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39364714.1.0000.0062

**Instituição Proponente:** Centro Universitário São Camilo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 961.868

**Data da Relatoria:** 10/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisador apresenta que a Política Nacional de Humanização afirma a importância de promover e transformar as relações e as práticas de saúde, a partir da mudança dos modos de trabalhar e da transformação dos processos de trabalho. Portanto, a PNH leva à reflexão quanto às ações dos gestores em relação à sua equipe no sentido de procurar estratégias que incluam a mesma na tomada de decisão, incentivando a busca pela melhoria da qualidade de vida e de relações interpessoais e de trabalho para todos, tornando o ambiente saudável e acolhedor. Entretanto, o importante é fazer valer as diretrizes da PNH, que são: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica compartilhada e ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Estas diretrizes são de essencial importância para o norteamento deste projeto, pois, pretende-se desenvolver ações que as efetivem na AMA Sorocabana, a partir da análise do discurso e sugestões dos próprios colaboradores no que se refere à gestão humanizada.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:**

Criar uma lista de ações favoráveis à gestão humanizada baseadas na Política Nacional de Humanização e nos princípios da Bioética.

**Endereço:** Rua Raul Pompéia, 144  
**Bairro:** Pompéia **CEP:** 05.025-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3465-2669 **Fax:** (11)3465-2654 **E-mail:** coep@saocamilo-sp.br