

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E DE SAÚDE

MARIA IZAURA HENRIQUE DE SANTANA

O SERVIÇO PÚBLICO E A GESTÃO HUMANIZADA

NATAL/RN
2012

MARIA IZAURA HENRIQUE DE SANTANA

O SERVIÇO PÚBLICO E A GESTÃO HUMANIZADA

Monografia apresentada ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como exigência do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. (Msc.) Isabel Cristina Pansiera Marques

NATAL/RN
2012

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Santana, Maria Izaura Henrique de.

O serviço público e a gestão Humanizada / Maria Izaura Henrique de.
– Natal, 2012.

xx f.

Orientador: Isabel Cristina Pansiera Marques (Msc.)

Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar e de Saúde) –
Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Serviço Público – Monografia. 2. Gestão – Monografia. 3.
Humanização – Monografia. 4. Humanização – Monografia. I. Marques,
Isabel Cristina Pansiera. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 614.2

MARIA IZAURA HENRIQUE DE SANTANA

O SERVIÇO PÚBLICO E A GESTÃO HUMANIZADA

Monografia apresentada ao curso de
Curso de Especialização em Gestão
Hospitalar e do Centro Universitário do
Rio Grande do Norte.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. (Msc.) Isabel Cristina Pansiera Marques
Orientadora

Prof. Nome Completo
Membro

Prof. Nome Completo
Membro

*Dedico este trabalho a Deus que ilumina minha vida todos os dias. À minha mãe **Maria Correia de Santana** pelo seu amor incondicional e razão da minha vida. Aos meus irmãos **João Batista de Santana, Janeide Henrique de Santana, Janete Correia de Santana e Jancleide Henrique de Santana** por me ensinaram a não reclamar dos espinhos, mas a contemplar as flores. A **Hoziam Hudson Xavier Rocha** pelo amor e apoio durante toda a minha jornada.*

AGRADECIMENTOS

A todos que, de alguma forma, auxiliaram na realização deste trabalho, muito obrigada! Agradeço também:

A Deus por sempre me guiar e me dá forças para eu continuar seguindo meu caminho.

À minha mãe e aos meus familiares, por sempre estar ao meu lado me apoiando nos momentos mais difíceis.

A Hoziam Hudson, pelo incentivo que transmite e na certeza de que tudo que almejamos conseguiremos.

A professora orientadora **Isabel Cristina Pansiera Marques, M^a.** por colaborar com o desenvolvimento deste trabalho, pela paciência durante a escrita deste, e por favorecer meu crescimento científico.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo enfatizar o papel do serviço público e a gestão humanizada, dando maior atenção aos seus clientes, tais como: ao enfermo, e seus familiares, funcionários, profissionais de saúde, administradores e a própria comunidade. Serão apresentadas as diversas áreas que prestam seus serviços a esses clientes, sua forma de atuação e as necessidades de mudanças. Sugere-se a implantação de mudanças para melhorar o serviço e torná-lo humanizado com diferencial que mostre o valor que o cliente merece e espera e até o inesperado. Obviamente, não se pretende esgotar o tema, que é por demais amplos.

Palavras – chave: Serviço público. Gestão. Humanização. Administração.

ABSTRACT

This paper aims to emphasize the role of public service and humanized management, giving more attention to their customers, such as the sick and their relatives, employees, health professionals, administrators and community. Will be shown several areas that provide their services to these customers, the way it operates and the need for changes. It is suggested to introduce changes to improve service and make it humanized with differential that shows the value that the customer deserves and expects and even the unexpected. Obviously, it is not intended to exhaust the topic, which is too large.

Keywords: Public service. Management. Humanization. Administration.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução dos Estilos Gerenciais no Brasil	xx
---	----

ABREVIATURAS

EPI – Equipamento de Proteção Individual

MS – Ministério da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa nacional de humanização da assistência hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

QVT - Qualidade de Vida no Trabalho

CRESUS - Central de Regulação Estadual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA.....	12
1.2	OBJETIVOS.....	14
1.2.1	Objetivo geral.....	14
1.2.2	Objetivos específicos.....	14
1.3	JUSTIFICATIVA.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	16
2.2	TENDÊNCIAS DA GESTÃO HUMANIZADA.....	22
2.2.1	A Gestão Humanizada e o Setor Público.....	24
2.3	A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	25
2.3.1	Os Pilares da Excelência nos Serviços.....	27
2.3.2	Humanização na Administração.....	28
2.3.3	O trabalhador na área de Saúde.....	33
3	METODOLOGIA.....	39
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	39
3.2	PROJETO DE INTERVENÇÃO: A GESTÃO HUMANIZADA NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR.....	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
5	CONCLUSÕES.....	43
	REFERÊNCIAS.....	45
	ANEXOS.....	

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Martins (2001), a humanização é um processo de alta complexidade, pois requer mudanças do profissional, que muitas vezes, resiste por ter que adotar padrões desconhecidos que envolvem mudanças comportamentais. No entanto, pode soar mordaz, quando falamos que a humanização deva ser implantada aos profissionais da área, sem levarmos em consideração o seu contexto de vida, pois é sabido que, muitas vezes esses profissionais acumulam uma sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla de trabalho, condições salariais precárias, além de conciliar sua vida pessoal e profissional, acarretando tudo isso em um desgaste psíquico e físico (RIZZOTO, 2002).

De acordo com Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2000) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento. A Humanização é um tema que vem a tona baseado no contexto e na qualidade do atendimento do serviço hospitalar, são diversas as frustrações dos pacientes em face aos serviços prestados, mesmo diante do alto nível de tecnologia de equipamentos existente, tais como, como falhas na organização estrutural do atendimento, extensas filas para marcação de consultas, exames para atendimento, algum déficit em equipamentos e infraestrutura, despreparo profissional (SIMÕES *et. al.*, 2007).

Contudo, parte desses problemas citados poderia ser resolvida se o processo de humanização fosse enfatizado ou incorporado pelas instituições que estão à frente do serviço e da atenção à saúde. Dentro de o ambiente hospitalar há diferentes focos onde atos humanitários podem ser percebidos pelo paciente e família desde a sua chegada ao setor de recepção, estendendo-se às unidades de atendimentos especiais, no modo como é atendido e cuidado até a sua recuperação e alta hospitalar. Para que este processo seja desenvolvido e perdure, um conjunto de mudanças políticas, administrativas e de comportamento deve ser estruturado. Os colaboradores devem conhecer os seus direitos e procurar atender aos seus

deveres para que possam pleitear, em seu ambiente de trabalho, estruturas arquitetadas com o objetivo de minimizar acidentes e que reflita o bem estar com a qualidade do serviço prestado aos pacientes.

Garantir a implantação de um processo de humanização requer um comprometimento e uma mudança de todos, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (CASATE; CORRÊA, 2005). As instituições devem entender que o primeiro passo é tornar as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos envolvidos no processo de trabalho, investindo na sua equipe, fornecendo subsídios para que ele tenha condições de prestar um atendimento humanizado (RIZZOTO, 2002).

Nesse contexto, a humanização torna-se uma importante ferramenta de gestão, onde apesar de ser um processo lento, complexo e amplo, deve cada vez mais ser perseguido para uma construção de um sistema de saúde em que as relações políticas, administrativas e interpessoais entre os diversos profissionais, setores de atendimento e seus usuários estejam voltados a melhorias dos serviços.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA

A Constituição Brasileira (BRASIL, 2003) garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma igualitária e integral, contribuindo desta forma para o avanço no sentido de humanizar a assistência. O usuário tem o direito de ser atendido da melhor e da mais eficiente forma possível, sendo a instituição hospitalar responsável em promover um ambiente acolhedor e confortável, segundo uma das diretrizes Políticas. Na busca por qualidade dos serviços, o Ministério da Saúde (MS), elabora estratégias para tornar usuários e profissionais de saúde vinculados à qualificação e a promoção em saúde por meio de pesquisas de satisfação e insatisfação aplicadas a estes profissionais e usuários.

Existem na literatura alguns conceitos e definições para a humanização. A Grande Biblioteca Larousse Cultural (1998) define como o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano, Betts (2003) refere que a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes, humanizar diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, bem como caracteriza o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, 2003).

Diante do exposto, como deve ser constituído um programa em uma organização hospitalar que vise à humanização do atendimento aos pacientes e traga melhorias no âmbito interpessoal, no ambiente de trabalho?

Primeiramente que tivesse a mesma doutrina e aspectos organizacionais em todo o território nacional. Segundo, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. E por fim, que desenvolvesse práticas em saúde de promoção, proteção e recuperação.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é o de demonstrar a importância da aplicabilidade de um projeto de intervenção que enfatize a importância da humanização no ambiente de trabalho hospitalar permitindo a valorização dos profissionais de saúde para que, por meio da satisfação pessoal e do grupo, possa ser refletida no bom atendimento aos pacientes.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do trabalho são:

- ✓ buscar na literatura registros que elenquem as principais causas que contribuem para dificultar o processo de humanização dentro das organizações;
- ✓ elaborar um projeto de intervenção que possa ser implantado pelas organizações hospitalares e que contribua para a disseminação do processo de humanização para com os usuários e profissionais da área.

1.3 JUSTIFICATIVA

A proposta de um projeto que enfatize a Humanização dentro do serviço público parte da necessidade de desenvolvimento de uma nova cultura de atendimento à saúde que esteja focado no respeito à vida humana como desejo por parte das organizações de saúde e usuários. O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito (RIZZOTO, 2002).

Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com o usuário. Porém, para que se alcance esses objetivos são necessários recursos humanos e materiais suficientes (RIZZOTO, 2002). A atividade profissional na área da saúde ao longo da história sofreu uma série de mudanças que trouxeram repercussões importantes. Dentre elas podem-se destacar as perdas salariais, a apropriação do saber médico pelos leigos, principalmente por meio da mídia, a desvalorização da figura pessoal do cuidador em prol da busca da melhor tecnologia (FAIMAM *et. al.*, 2003).

Em um ambiente hospitalar não basta apenas ter cuidados técnicos dos profissionais da saúde para que o atendimento tenha qualidade, mas também é necessária a atenção ao cuidado subjetivo, que é a parte do tratamento humano do paciente e seu familiar, o carinho e a delicadeza em tratar pessoas que estão em situação fragilizada no hospital, cuidados estes que complementarão o tratamento na busca da recuperação do paciente, ou seja, "sem comunicação não há humanização" (BRASIL, 2000). O acolhimento é realizado de forma errada, visto como uma atividade desempenhada por um profissional particular num espaço específico. O acolhimento deve ser tratado como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional e em qualquer momento de atendimento, quando se identificam, elabora e negocia as necessidades que podem vir a ser satisfeitas (TEIXEIRA, 2005).

A proposta de humanização trata-se de modificar os métodos utilizados por muitos anos nos relacionamentos e na comunicação entre usuários, profissionais e gestores, buscando instituir uma "nova cultura de atendimento", ou seja, mudar a cultura da população, sensibilizando-a para a importância das ações preventivas e promocionais de saúde. No entanto, o que se percebe é um grande número de profissionais ainda não estão preparados para esse tipo de assistência, já que foram habilitados em sua formação profissional para ações curativas. O resultado disso é a perda de uma importante oportunidade de tornar os serviços de saúde mais resolutivos, diminuindo-se, assim, a demanda de procura curativa e garantindo atendimento humanizado aos que realmente precisam dela.

Para contornar essa situação é necessário elaborar uma proposta que parte da necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados, utilizando os avanços tecnológicos e não deixando de lado a primazia das relações humanas. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospital (PNHAH) reconhece que a tecnologia e o bom atendimento são complementares, sendo que na falta de um destes, descaracterizaria a qualidade do sistema como um todo. Igualmente importante ao cuidado com o paciente é a função dos gestores em difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar, melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais, capacitar os profissionais dos

hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania, conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde e tornar o ambiente de trabalho mais agradável e acolhedor, aplicando práticas de comunicação acessíveis e eficazes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de garantir a toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde. Ele foi oficializado pela Lei Nº 8.080/90. Com sua criação, deu-se um importante passo na modernização das ações de saúde em nosso país. Na perspectiva da humanização no âmbito da saúde, questiona-se:

“[...] haverá proposta mais humanizadora de assistência à saúde do que aquela que garante o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros? Haverá processo mais humanizador do que aquele que retira o caráter de mendicância para transformá-lo em direito? Isso é o SUS [...]” (RIZZOTO, 2002, p.197).

Entretanto, na prática, o que se vê é que o SUS não tem conseguido atingir seus objetivos devido a uma conjuntura de fatores, dentre eles a limitação de recursos financeiros, as amarras administrativas e gerenciais do setor público, as constantes desavenças políticas e o despreparo dos profissionais (BRASIL, 2002).

Em 2001 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propôs mudanças nos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar. Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização

do SUS - Humaniza SUS (PESSINI *et. al.*, 2003). Essa Política visa atingir todos os níveis de atenção à saúde, entendendo a humanização como uma transformação cultural. Sabe-se que na avaliação do público, há maior valorização da forma do atendimento, da capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas, o que chega a ser mais valorizado que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (BRASIL, 2000).

A insatisfação dos usuários é notória em especial no que diz respeito aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde. Diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS). O Humaniza SUS tem por objetivo ser um serviço que presta atenção básica propõe-se à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde, os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (FORTES, 2004).

De acordo com Pessini *et. al.* (2003) o pressuposto subjacente em todo processo de atendimento humanizado é o de facilitar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar positivamente seus desafios. Na perspectiva da PNH, na humanização das práticas de atenção e gestão em saúde deve-se levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (BENEVIDES; PASSOS, 2005). A cultura institucional resulta da interação das pessoas em um coletivo submetido a determinadas leis e princípios de organização e funcionamento. É produzida por esse ambiente físico e humano e, reciprocamente, produz valores, atitudes e práticas que se expressam no modo de ser das pessoas no trabalho. Qualquer instituição que deseje promover mudanças organizacionais e comportamentais efetivas terá que conhecer muito bem tais funcionamentos e trabalhar no âmbito desse campo marcadamente construído de subjetividades. Na área pública do setor de Saúde (SÁ, 2005) essa questão ganhou relevância quando começou a sofrer duras críticas em relação a algumas de suas características

técnicas e políticas, particularmente no que se refere à atenção à saúde, a organização científica do trabalho e comando clientelista.

Estruturas político-administrativas capazes de assumir responsabilidades inerentes à gestão traduzem o cenário da organização pública. Gestão com autonomia, competências e responsabilidades conferidas pela legislação e pela própria sociedade. Segundo Ott (1989) a cultura organizacional é uma espécie de minissociedade que constrói um sistema de significados. A organização está ligada a valores, pressupostos, normas e padrões de comportamentos não muito palpáveis e tampouco fáceis, mas, necessários para configurar as práticas organizacionais e mobilizar seus profissionais para agirem em direções certas. Caracterizando assim, um ambiente de trabalho, que influencia o comportamento das pessoas no seu interior, tanto para a ação positiva quanto negativa, ou seja, a contracultura (RIOS, 2009).

Na perspectiva da PNH, na humanização das práticas de atenção e gestão em saúde deve-se levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (BENEVIDES; PASSOS, 2005). A produção de bens e/ou serviços que promovam o bem estar de seus usuários é um dos elementos definidores dessa identidade em diferentes tipos ou áreas de organizações de saúde, mas não o único. Outro critério de diferenciação está no fato dos profissionais ocuparem diferentes categorias, setores, departamentos que estejam voltados para determinados tipos de funções. As habilidades aprendidas envolvem a existência de vários sistemas e hierarquia que operam simultaneamente, articulando-se e produzindo certa gestão organizacional.

O processo de transformação e, conseqüente modernização, impõe ao Estado a necessidade de rever seus papéis, funções e, especialmente, mecanismos de gestão. As organizações públicas necessitam desenvolver mecanismos de agilidade e flexibilidade para adaptar-se aos novos desafios e conseguir atender demandas externas. Isso se dá porque, nesse novo cenário, o rigor no cumprimento do ritual burocrático e o apego às rotinas e à formalidade dificultam o alcance dos objetivos organizacionais e contribuem para a resistência às mudanças (FERREIRA, 2001).

Segundo Menezes (2002), os pressupostos do novo modelo organizacional para o setor público refletem a ênfase na gestão de seus recursos humanos e na adoção de estilos de gestão mais democráticos e participativos que desenvolvam as competências, bem como satisfaçam as necessidades dos funcionários. O novo estilo de gestão decorre da necessidade de rediscutir o papel e as formas de funcionamento do Estado, com intuito ao atendimento das demandas atuais através da implantação de programas voltados para o aumento da eficiência e melhoria da qualidade dos serviços prestados (FERREIRA, 1996).

No período conhecido como “Era dourada”, surgimento da administração pública gerencial como resposta ao combate a crise do Estado, que se instalou logo em seguida a época de grande expansão da economia mundial. Desenvolveu-se a figura do Estado-Provedor de bens e serviços, também chamado de Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*, com grande expansão das funções estatais e, conseqüentemente, da Administração Pública (PEREIRA, 1999).

Com a diminuição do ritmo de expansão da economia mundial, a partir dos anos 70, o Estado começa a ter problemas no desempenho de suas funções, perdendo gradativamente a capacidade de atender às demandas sociais. Segundo Pereira (1999), esta situação, aliada a um processo de crescente endividamento público, acarretou mais tarde (anos 80), na chamada crise fiscal do Estado, caracterizada pela perda de sua capacidade de realizar os investimentos públicos necessários a um novo ciclo de expansão econômica. Esta crise de gestão implica na tentativa de superar as limitações do modelo de gestão até então vigente, conhecido como modelo burocrático, transformando-o em um modo de gestão mais parecido com o do setor privado, ficando conhecido como modelo gerencial (PEREIRA, 1999). Para este autor, partindo de uma perspectiva histórica, verifica-se que a Gestão Pública evoluiu através de três modelos básicos: a administração pública patrimonialista, a burocrática e a gerencial. Essas três formas se sucedem no tempo, sem que, no entanto, qualquer uma delas seja inteiramente abandonada. O Quadro 1 expõe as evoluções dos estilos gerenciais no Brasil.

Quadro 1: Evolução dos estilos gerenciais no Brasil.

PATRIMONIALISTA	BUROCRÁTICA	GERENCIAL
Até o final do século XIX.	Início do século XX	Segunda metade do séc. XX
Os cargos políticos eram títulos de nobreza (prebendas) passíveis de negociação e sujeitos à discricionariedade do governante.	Os cargos eram conseguidos através de sistemas de méritos e carreiras para o combate da corrupção e nepotismo.	Os cargos eram conseguidos por concurso público. Há sistema de planos carreira, capacitação e avaliação de desempenho.
A corrupção e o nepotismo eram dominantes na administração.	“Dominação” ou autoridade de caráter; carismático (o líder visto como um herói): tradicional (legitimidade reconhecida pela tradição): racional – legal (decorre da legalidade das normas, leis racionais).	Autonomia com o administrador com a delegação de autoridade, fixação de metas e objetivos. Utilização de mecanismos de competição (competição administrativa)
Centralização e Hierarquia	Centralização e Hierarquia	Descentralização e Desconcentração.
Concebida para ambiente estável.	Concebida para ambiente estável.	Concebida para ambiente instável.

Fonte: Adaptado de Pereira (1999).

A organização pública, como toda organização, é um sistema social aberto que está em permanente interação com o meio ambiente, influenciando-o e sendo por ele influenciada (CARVALHO, 1995). Madureira (2005) definiu a organização pública como um sistema complexo de estruturas e redes que interatuam para resolverem problemas públicos. Segundo Corrêa (1993), o papel social da organização pública é a prestação de serviços com qualidade, responsabilidade pelo atendimento ao público e a economia de seus recursos sem esquecer é claro de seus princípios fundamentais como a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Duas ações caracterizam bem esta nova Administração: a Privatização (transferência de atividades econômicas para o setor privado) e a Publicização (transferência de atividades de cunho social para o terceiro setor). Estas alterações são presenciadas devido à mudança do Estado-Provedor para o Estado-Regulador com a transferência de muitas das funções do Estado para suas organizações extensivas como as autarquias, fundações, empresas públicas, agências reguladoras. Isto ocorre, segundo Pereira (1999), para que haja maior dinamismo operacional por meio da autonomia e descentralização funcional. Assim, a

organização pública se assemelha com a organização privada na busca de ferramentas que revitalizem e agilizem a sua organização, quanto à necessidade de aplicar processos administrativos comuns ao gerenciamento.

Segundo Kliksberg (1993) gerenciar organizações públicas é bem diferente de gerenciar organizações privadas, seja quanto às suas opções, aos problemas de compatibilização dos objetivos e aos problemas de restrições e proibições. Percebe-se que, enquanto o executivo de negócios pode usualmente redefinir as metas da organização, modificar sua estrutura e mudar seu pessoal; o gestor público, paradoxalmente, deve ter habilidades que lhe permitam operar dentro de metas e com recursos fixados por lei, de estruturas organizacionais rígidas e com funcionários controlados e protegidos pelo sistema jurídico, além da constante pressão da política.

A organização pública tem por finalidade atender aos mais variados interesses da coletividade, essenciais à ordem social e econômica, diferentemente da privada. Assim, ela destina seus objetivos e ações ao cliente-cidadão, que manifesta suas necessidades e escolhas por ser detentor de direitos e deveres preconizados na constituição.

Para Machado *et. al.* (2001) a organização pública deve seguir a estratégia do cliente, quer dizer, dar prioridade total para o cliente-cidadão. Assim, os gestores públicos, conseqüentemente, terão de aceitar padrões de desempenho exigidos pelos cidadãos, especialmente referentes à transparência e controle feitos por eles mesmos. Para tanto, os gestores necessitarão adquirir novas competências que priorizem o diálogo, através da construção de sistemas de comunicação, redes de parcerias, além de aprenderem a lidar com o compartilhamento de sua administração. Baseado nestas características a organização pública torna-se diferente da organização privada e que, por conseqüência, faz com que os modelos de gestão pública apresentem certas especificidades.

Para que a organização pública possa cumprir com sucesso sua função social, ela precisa programar uma gestão voltada para as pessoas que identifique e desenvolva as competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) necessárias

tanto dos funcionários como dos gestores e que propicie, também, uma cultura de valorização, satisfação e comprometimento de todos os colaboradores (GIACOMINI *et. al.*, 2001). É com essa finalidade que a reforma administrativa governamental brasileira surgiu como uma ferramenta em busca de mudança, inovação e qualidade no setor público, através da implantação de ações estratégicas fundamental para desenvolver excelentes profissionais, além da adoção de novos modelos de gestão organizacional.

2.2 TENDÊNCIAS DA GESTÃO HUMANIZADA

Hospital humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade (MEZOMO, 2001). Nesse sentido, é identificada uma transformação paradigmática organizacional emergente que começa exigir novas formas de lidar com as pessoas dentro das organizações, ou seja, com orientação humanista (CARVALHO, 1995; MENEZES, 2002; COELHO, 2004; LEITÃO e LAMEIRA, 2005).

Segundo Menezes (2002) o processo evolutivo do estilo gerencial passa a ser, portanto, voltado para as pessoas e assim, mais descentralizadas e participativas, em contraposição à rigidez burocrática, buscando o aperfeiçoamento contínuo a fim de satisfazer as necessidades do indivíduo e da organização como um todo. É fundamental que a primeira mudança organizacional está na conscientização das pessoas. Segundo Araújo (2001) não se humaniza uma organização com decretos e regulamentos. Inicialmente provoca-se a mudança nas pessoas para depois se mudarem os métodos e processos, garantindo os melhores e mais eficazes resultados.

A gestão humanizada mostra-se como uma evidência do novo paradigma organizacional. Esta tem como intuito propor uma mudança do perfil do gestor para tornar-se um líder e poder captar e desenvolver a capacidade de revelar e explorar os talentos que a organização dispõe. Esta nova forma de gerir humanizada também se estende as organizações públicas, com a intenção de torná-las um elemento

construtivo dos novos estilos de gerenciamento público, a fim de contemplar as novas exigências da sociedade. Com isso, a construção e a implantação do modelo gerencial humanizado no setor público requerem o desenvolvimento de novas e múltiplas competências do gestor que caracterizem o perfil do gestor-líder. Esta forma de liderar é dinâmica e multifacetada que transforma o gestor em um agente de mudanças via a arte de liderar pessoas, mobilizando energias para a qualidade dos serviços públicos (FERRIERA, 2001).

Outro aspecto importante que auxilia no processo da Humanização é a arquitetura hospitalar, além de conhecer toda a complexidade do funcionamento de um hospital, deve propor soluções que atendam as suas necessidades técnicas e de humanização. Nesse contexto, o conforto ambiental tem primazia, devido a sua grande influência nos processos de cura dos pacientes internados. Para Mezomo (2001), não se trata de planejar ações para o hospital do futuro e, sim, construir sobre o que se tem. Para Corbella (2003), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humana.

Miquelin (1992) lembra que o desconforto ambiental nos hospitais não pode ser um problema a mais nesses espaços, construído para, muitas vezes, situações estressantes de atendimento associadas a pacientes com risco de vida ou sofrimento profundo. O uso destes instrumentos assegura a racionalização dos processos de trabalho tendo como foco principal o usuário. Segundo Viveiros (1997) O líder só pode obter resultados com e através das pessoas, se tiver capacidade de selecionar e desenvolvê-las, comunicar-se, motivá-las e tomar decisões que estimulem a sua realização. Com uma liderança adequada, as pessoas podem realizar muito, mesmo se lhes faltarem planos e controles, com estes propósitos as pessoas tornam-se excepcionais.

2.2.1 A Gestão Humanizada e o Setor Público

O objetivo de implantar uma gestão humanizada no setor público está na preocupação do gestor em ressaltar a humanização no ambiente organizacional. Na busca do equilíbrio entre a satisfação das necessidades dos funcionários e os objetivos organizacionais, que no caso da organização pública, é a excelência e qualidade no serviço público. As mudanças significativas no gerenciamento relativas às competências do gestor público e ao clima de satisfação para os funcionários públicos só será possível se ocorrer à implantação da gestão humanizada.

Souza (2002, p. 86) descreve que as novas competências para o gestor estão na atitude e comportamentos ideais:

“[...] atitudes que possibilitem o uso do poder e da autoridade para obter comportamentos administrativos desejáveis; nessa dimensão pode-se, além de muitos fatores, considerar o empreendedorismo que, visto como a capacidade de inovação, leva ao desenvolvimento de atributos pessoais, tais como a criatividade, a perseverança, a capacidade de assumir riscos, a motivação para a realização, a responsabilidade pelos resultados, habilidades no relacionamento pessoal, liderança e visão de futuro [...]” (SOUZA, 2002, p. 86).

Segundo Lobo (2003) os motivos, as atitudes e os comportamentos constituem fortes indicadores da configuração do clima organizacional. Tais motivos são abrangentes e incluem salários, benefícios extras salariais, condições de trabalho, sociabilidade, estima, autoconfiança e auto realização.

Herzberg *apud* Lobo (2003) estabelece certas relações significativas, considerando que: as motivações e percepções dependem de condições extrínsecas ao trabalho e que, quando não existem, geram insatisfação – baixos salários, insegurança, baixo status, gerenciamento retrógrado e fraca supervisão, faltam de qualidade nas relações interpessoais com os companheiros, subordinados e superiores; e as motivações e percepções dependem de fatores intrínsecos ao trabalho que, quando existem, constituem fortes indícios de satisfação – realização, reconhecimento, responsabilidade, progresso. Lobo (2003) afirma que quando o

clima predominante é de apoio, permitindo realizar expectativas e necessidades individuais, resultará em comportamentos facilitadores de uma maior execução das tarefas. Consequentemente, a gestão humanizada contribuirá para o surgimento de fatores extrínsecos com a mudança das atitudes e habilidades do gestor com a proposta de um estilo mais democrático e voltado efetivamente para as pessoas; contribuindo, também, para as relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Para construir um clima de satisfação é necessário que as práticas gerenciais motivacionais sejam incentivadas pelas políticas e estratégias das organizações públicas, através da valorização do servidor e do seu trabalho desempenhado, além do exercício da boa liderança. Além do gosto pela responsabilidade e resolução de problemas, necessidade de afiliação e desejo de interação social (LOBO, 2003, p 78).

2.3 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Segundo Rizzoto (2002) falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com o usuário. Da portaria ao consultório, da copa à sala de procedimentos, do jardim à visita domiciliar. A Humanização dos serviços não é problema de alguns setores ou pessoas do hospital, mas de todos, somente quando todos na organização estiverem comprometidos com essa qualidade é que não será sacrifício e não abandonaram nos períodos de maior pressão ou dificuldades, mas saberão sempre prestar um serviço humanizado, tornando-o não apenas uma meta, mas uma jornada sem fim, com orgulho de seus serviços prestados demonstrando esforço de melhorá-lo continuamente. A prestação de serviços médicos e de saúde tem sua legitimidade no respeito dos princípios de equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade (MEZOMO, 2001).

A imagem de um hospital é representada pelos funcionários, estes devem se apresentar uniformizados e com identificação de tal forma que os clientes possam

reconhecer que fazem parte da instituição, fazendo dessa forma, a diferença no atendimento, e estando conscientes do seu compromisso. Desde a apresentação pessoal, com cabelos, cara, mãos, higiene pessoal, vestuários, calçados e postura, tudo isso é bastante observado, como no tratamento, a comunicação, com palavras gestos e olhar, lembrando que a humanização é uma questão de opção, de filosofia, compromisso e decisão pessoal (MEZOMO, 2001). Para o autor uma acolhida com um sorriso e simpatia, implica interesse, confiança e predisposição a prestar serviços individualizados. É necessário criar novos serviços que atendam os clientes, cujas necessidades mudam constantemente.

O cuidado para falar corretamente as palavras, com clareza, expressão, de forma natural, sem gritar, não usar gírias procurar nunca se irritar, estar sempre pronto a ajudar, usar sempre Sr. e Sr.^a para uma melhor comunicação palavras de difícil pronuncia ou entendimento deve ser soletrado através do código internacional, importante ser conhecido pelas telefonistas e outros que trabalham com telefone, como (CASTELLI, 2001).

Os serviços hospitalares precisam dimensionar o quadro de pessoal com vista dessas demanda e também para lidar com o fato de que os clientes sempre demandam serviços fora do horário normal de trabalho, o que significa dispor de pessoal preparado, qualificação para atender estas necessidades vinte quatro horas por dia, com isso o hospital necessita manter seu corpo funcional muito bem treinado, motivado e cientes das suas responsabilidades e objetivos, capaz de manter e desenvolver o necessário grau de compreensão exigido para responder às necessidades dos clientes, mesmo as não expressa. Nesse contexto deve-se enfatizar o papel psicológico, que deve interpretar como forma de entender o comportamento do cliente para poder agir com certeza e precisão uma vez que o comportamento humano varia de pessoa para pessoa. A humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo. Uma sociedade violenta, iníqua e excludente interfere no contexto das instituições de saúde (PESSINI *et. al.*, 2003).

2.3.1 Os Pilares da Excelência nos Serviços

A preocupação de um gestor em implantar uma gestão humanizada no setor público está em ressaltar a humanização no ambiente organizacional. Esta preocupação reflete-se na busca do equilíbrio entre a satisfação das necessidades dos funcionários e os objetivos organizacionais, que no caso da organização pública, é a excelência e qualidade no serviço público.

Baseado nisso, mudanças significativas no gerenciamento relativo às competências do gestor público e ao clima de satisfação dos funcionários percebe-se através da implantação da gestão humanizada. Isto ocorre, porque a gestão humanizada afetará sensivelmente o somatório das percepções, opiniões, atitudes e comportamentos individuais.

Substituindo o tradicional gerente burocrático para o gestor líder, a decisão compartilhada, o trabalho em equipe, a liberdade de expressão e de criatividade, a delegação de responsabilidades e a menor formalidade no ambiente de trabalho serão os objetivos preconizados pela gestão humanizada com o intuito de atender algumas das necessidades humanas.

Souza (2002) descreve que as novas competências para o gestor se resumem em atitudes e comportamentos ideais:

“[...] atitudes que possibilitem o uso do poder e da autoridade para obter comportamentos administrativos desejáveis; nessa dimensão pode-se, além de muitos fatores, considerar o empreendedorismo que, visto como a capacidade de inovação, leva ao desenvolvimento de atributos pessoais, tais como a criatividade, a perseverança, a capacidade de assumir riscos, a motivação para a realização, a responsabilidade pelos resultados, habilidades no relacionamento pessoal, liderança e visão de futuro” (SOUZA 2002, p. 86).

Lobo (2003) ressalta que os motivos, as atitudes e os comportamentos constituem fortes indicadores da configuração do clima. Tais percepções são abrangentes e incluem salários, benefícios extra-salariais, condições de trabalho, sociabilidade, estima, autoconfiança e auto-realização.

Sendo assim, a gestão humanizada contribuirá para o surgimento de fatores extrínsecos com a mudança das atitudes e habilidades do gestor com a proposta de um estilo mais democrático e voltado efetivamente para as pessoas; contribuindo, também, para as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Bem como, para o clima de satisfação através dos fatores intrínsecos com a valorização do servidor e do seu trabalho desempenhado, além do exercício da boa liderança.

Castelli (2001) resume os dez pilares da excelência nos serviços:

- 1 – Filosofia e compromisso da administração.
- 2 – Responsabilidade.
- 3 – Imput e avaliação.
- 4 – Solução de problemas e administração de conflitos.
- 5 – Comunicação com a base.
- 6 – Treinamento e desenvolvimento das pessoas.
- 7 – Envolvimento das pessoas (médicos/funcionários).
- 8 – Recompensa e reconhecimento.
- 9 – Funcionário como clientes.
- 10- Lembretes, slogans e reforços.

Sabe-se, no entanto, que muitas das condições citadas para a construção do clima de satisfação não dependem somente de uma gestão intermediária. É preciso que as práticas gerenciais motivacionais sejam incentivadas pelas políticas e estratégias das organizações públicas, pois para que toda mudança organizacional dê certo, deve-se partir de cima para baixo na estrutura hierárquica.

2.3.2 Humanização na Administração

A área administrativa se inclui em todas as atividades meio da área hospitalar, ou seja, compreende os setores que fornecem suporte para o melhor desempenho possível das atividades fins. Fazendo-se presente em todos os momentos das atividades desenvolvidas e permeia todos os setores envolvidos nas operações e gestões.

Como qualquer empreendimento, o sistema administrativo deve constituir de Planejamento, Organização, Direção, Controle, Coordenação e Avaliação, dos recursos e procedimentos. É o administrador hospitalar que tem a responsabilidade de conduzir o hospital para o futuro, dando-lhe as condições necessárias para superar seus problemas para vencer os desafios e para adequar-se às novas exigências do mercado, para isso, ele deve qualificar-se cada dia mais, adquirindo conhecimentos e incorporando habilidades, buscando informações continua, pois sua ação tem maior poder de persuasão do que suas palavras e exortações. Segundo Mezomo (2001) o administrador deve ser um agente de mudança organizacional e um inovador, deve estar atento e praticar os “3R” de Straus: Resposta – Responsabilidade - Reconciliação.

Segundo Mezomo (2001) para um serviço humanizado a administração deve buscar a qualidade que supõe: participação trabalho em equipe, educação continuada, solução de problemas, apoio às mudanças, criatividade e inovação, avaliação permanente, tomada de decisões, manter-se próximo ao cliente, junto à linha de frente dessa maneira poderá auxiliá-los, apoiá-los, tornando o serviço ao cliente interesse de todos.

A área administrativa deve estar consciente que a humanização deve começar com os clientes internos, ou seja, seus colaboradores, tratando-os com qualidade, aqueles que o representarão junto aos clientes externos, para isso, é necessários oferecer segurança econômica, emocional, reconhecimento, liberdade de expressão, respeito e recompensas, podendo ser de caráter financeiro e psicológico. O moral das pessoas está, geralmente, na dependência do estágio de satisfação em que se encontram suas necessidades básicas. Se a empresa deseja ter um negócio competitivo, deve cultivar sua equipe.

Tom Peters fala da necessidade de se ter “campeões organizacionais”, que são os administradores voltados para os valores, sobretudo o valor do “serviço”: estar próximo do cliente; prestar atenção a detalhes; gastar tempo com a qualidade; circular pela organização para monitorar o comportamento e os processos e transformar o funcionário em herói (MEZOMO, 2001). É necessário que os colaboradores percebam o comprometimento da alta direção com o processo e que

percebam que não se trata de um simples programa, mas de uma profunda transformação de toda a cultura organizacional.

É papel de o hospital investir continuamente em desenvolvimento de seus colaboradores, com uma gestão de recursos humanos claramente centrados na educação e no desenvolvimento das pessoas, que evidentemente, constituem o verdadeiro e definitivo patrimônio da organização.

Desde meados do século XX O empenho em substituir a tradicional burocracia centralista e controladora por um conjunto de órgãos flexíveis, descentralizados e mais sensíveis às necessidades do público. No Brasil, as propostas de reforma administrativa são implantadas em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Estado pelo MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Este plano foi criado com intuito de responder com presteza e efetividade às demandas sociais advindas do processo de globalização (SOUZA, 2002).

Segundo Souza (2002) a reforma administrativa buscou atender às demandas por reestruturação do Governo onde suas organizações já se apresentavam desarticuladas, desmotivadas e sem condições de dar respostas às necessidades sociais. Novas diretrizes básicas para a gestão pública foram formuladas, através deste plano, como a racionalização e contenção dos gastos públicos, a formulação de novas políticas de recursos humanos e a racionalização da estrutura administrativa.

Segundo Ferreira (1996), a implantação do modelo de gestão pública gerencial não significa somente mudar sistemas, organizações e legislação e sim criar as condições ideais para o desenvolvimento das pessoas que conduzirão e realizarão as reformas.

Sabe-se, no entanto, que todo processo de mudança organizacional é em longo prazo, ademais as organizações públicas, em especial, apresentam ainda resistências às mudanças e à efetiva implementação dos modelos e ferramentas de gestão contemporâneos (COELHO, 2004). Sendo ainda senso comum, uma visão

de poder centralizada, burocracia elevada, atendimento insatisfatório e funcionários desinteressados.

A reforma administrativa apresenta-se, desta forma, como um instrumento estratégico de mudança e inovação, em busca de uma gestão eficiente e eficaz de recursos e problemas públicos e do atendimento às necessidades essenciais da sociedade (SCHWELLA, 2005). Isto se dá porque funcionários capacitados e motivados que se veem diante de oportunidades de “pensar” e não apenas de executar tarefas trazem mais qualidade nos serviços oferecidos pelo setor público.

Essa política de desenvolvimento dos recursos humanos abrange, também, outro desafio enfrentado pela organização pública: a atratividade e a retenção dos talentos profissionais. Como descreve Coelho (2004):

“As organizações públicas têm sido forçadas a encontrar maneiras de competir com o setor privado no recrutamento dos poucos talentos remanescente no mercado. Por razões políticas, uma organização pública não pode oferecer salários extremamente altos e “incentivos” exorbitantes. Uma organização pública pode, por outro lado, estimular um sentimento de orgulho no serviço público e fazer investimentos ativos no desenvolvimento pessoal e profissional de um indivíduo” (COELHO, 2004, p. 104).

A dificuldade das organizações públicas em atraírem e manterem profissionais capazes de atender demandas exigentes e com qualidade é um dilema que atinge diretamente ao alcance dos objetivos organizacionais. E é por isso que deve ser encarado como a pedra fundamental na estratégia política e organizacional da reforma administrativa (MADUREIRA, 2005).

A partir dessa perspectiva, emerge a compreensão da necessidade de um novo estilo gerencial voltado para as pessoas que em nosso trabalho denominamos de gestão humanizada. Esta tem sido considerada como significativa ferramenta para mudança e inovação na relação de trabalho, especialmente por apresentar uma orientação humanista (CARVALHO, 1995; COELHO, 2004; LEITÃO e LAMEIRA, 2005; MENEZES, 2002).

A atual ruptura paradigmática exige um reposicionamento por parte dos gestores para poderem enfrentar as novas situações advindas da globalização e dos avanços tecnológicos (ARAÚJO, 2001). Tal reposicionamento reflete-se em novas formas de pensar e agir em busca do desenvolvimento de uma nova relação de trabalho que deverá ser baseada na confiança, no respeito e no compartilhamento das decisões, construídos no tempo e no espaço, a fim de todos trabalharem comprometidos e satisfeitos (FERREIRA, 2001).

Segundo Menezes (2002), uma das condições para a mudança e inovação é a presença de uma liderança capaz de tornar as pessoas aptas a enfrentarem os desafios de adaptação e, assim, maior garantia da sobrevivência e do sucesso organizacional. A responsabilidade do líder, portanto, é a busca da manutenção da motivação da equipe e o incentivo à mudança no trabalho de modo a melhorar a flexibilidade, inovação e prontidão de respostas para a busca de soluções e o alcance dos objetivos organizacionais (ARAÚJO, 2001).

Nesse sentido, a competência gerencial é o aspecto essencial porque é através dela que se processa o conteúdo de mudança, o saber técnico e a cultura organizacional (VERGARA; BRANCO, 1995). Competência, aqui, compreendida como os conhecimentos e experiências aplicáveis em uma organização e confirmados pelo nível de formação profissional e pelo domínio das funções exercidas (SOUZA, 2002).

Vergara e Branco (1995) observam que, enquanto no passado a competência gerencial estava associada à posse de habilidades específicas (técnicas, humanas e conceituais), no presente ela parece envolver também o desenvolvimento de atitudes, valores e visões de mundo, de modo a permitir aos gestores apreender e lidar com uma grande variedade de forças dentro e fora das organizações.

Assim sendo, a competência no modelo de gestão humanizada volta-se para a visão humanística, fazendo com que o gestor passe a ter uma compreensão mais ampla da natureza e das motivações humanas, bem como da influência do ambiente social externo à organização sobre o comportamento das pessoas (CARVALHO, 1995).

De acordo com Bennis (1996), a liderança é algo que se ensina, pois está diretamente ligada ao caráter e à capacidade interpessoal e intrapessoal na interação de sujeitos. E se diferencia da gerência, pois esta é a ciência e àquela é arte de uma característica desenvolvida. A liderança é, portanto, dimensão da ação humana em prol da eficácia organizacional (FERREIRA, 2001).

A implantação da gestão humanizada no setor público traz, sem sombra de dúvidas, impactos diretos no modo de pensar e executar as tarefas tanto dos dirigentes quanto dos dirigidos. Tais impactos, no entanto, só mostrarão resultados positivos se a gestão humanizada for efetivamente preconizada nas políticas e práticas gerenciais públicas, ultrapassando os obstáculos intrínsecos na estrutura burocrática e tornando-se imperativa na cultura organizacional.

Nesse propósito, o gestor líder ideal é orientador de resultados de processo, democrático e também educador, pois consegue traçar e atingir metas e objetivos com as equipes que lideram (FERREIRA, 2001). Isso se dá, porque o líder ideal recusa a ideia de que a efetividade no trabalho depende exclusivamente de comando e formalidade, buscando obter o empenho das pessoas através do desenvolvimento de seus talentos como elemento-chave para assegurar o sucesso organizacional (CARVALHO, 1995).

2.3.3 O trabalhador na área de Saúde

Falar em um serviço público humanizado deve-se, inicialmente, ressaltar que implica investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado. Segundo Gelain (1986), a arquitetura, o acabamento, as dimensões, as salas de estar das unidades de serviço são alguns itens importantes no que diz respeito à parte física, muito influente no preparo de um ambiente humano. As instituições não oferecem um ambiente adequado, recursos humanos e materiais quantitativos e qualitativos suficientes, o que desmotiva o profissional para uma mudança de atuação.

E o que se vê na maioria das Unidades de Saúde são espaços físicos improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, afetando negativamente a recepção dos usuários, bem como interferindo na qualidade dos atendimentos, impedindo ou até mesmo impossibilitando, a privacidade dos procedimentos.

Nesse contexto Bettinelli *et. al.* (2003) relata que o profissional assume a responsabilidade pela tomada das decisões, as pessoas deixam de ser o centro das atenções com facilidade, sendo transformadas em “objeto” do cuidado e fonte de lucro, ficando dependentes e passivas à espera do “poder científico” que os profissionais de saúde julgam ter. O “comércio” da doença acaba se sobrepondo à dignidade das pessoas.

Segundo Rizzoto (2002) falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com o usuário. Da portaria ao consultório, da copa à sala de procedimentos, do jardim à visita domiciliar.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Os problemas relacionados à força de trabalho da área da saúde têm abordado com preocupação as questões relativas a esse segmento. No Brasil, o trabalhador da área da saúde tem sido percebido, basicamente, sob dois enfoques: parte das causas dos problemas no setor saúde, sem preparo para atuar considerando todas as dimensões do ser humano e propostas do SUS ou como prejudicado pelo sistema de saúde, recebimento de baixo salário se falta de planos de carreiras adequados nas organizações.

PITTA (2003), em seu clássico livro “Hospital: dor e morte como ofício”, analisa o contexto da vida dos trabalhadores da saúde no Brasil e chama a atenção para as relações que estabelecem entre si, o ambiente em que trabalham e os sentimentos desencadeados pelo contato cotidiano com a dor e a morte, concluindo que existe sofrimento no desempenho de suas profissões. Formalmente, existem diretrizes para adoção de medidas básicas de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores das organizações de saúde e outros que desempenham atividades relacionadas à promoção e assistência em saúde.

Na Norma Regulamentadora Nº 32 (BRASIL, 2005), pelo Ministério do Trabalho e Emprego, foi considerado que esses trabalhadores estão expostos:

- Aos riscos biológicos, por entrar em contato com microrganismos, culturas de células, parasitas, toxinas e príons;
- Aos riscos químicos, por manipular ou trabalhar com produtos químicos;
- Aos riscos provocados por radiações ionizantes, quando desempenham atividades em áreas que utilizam esse tipo de radiação;
- Ao risco de acidentes ou contrair doenças, pelo eventual contato com os diferentes resíduos produzidos nas organizações de saúde.

A NR 32 orienta que os empregadores devem manter condições de conforto para refeições, climatização adequada nos diferentes ambientes de trabalho, equipamentos de proteção individual (EPI), além de fornecer capacitação para alguns grupos específicos de trabalhadores, como exemplo, os que têm contato com agentes biológicos, os que trabalham nas áreas de limpeza e conservação e os que utilizam máquinas e equipamentos nos setores de Manutenção e Reparos.

Por parte do Ministério da Saúde (MS) percebe-se motivação em capacitar e desenvolver a força de trabalho, mas pouca preocupação em melhorar salários, carreiras ou investir, realmente, na saúde e qualidade de vida do trabalhador. A saúde e a qualidade de vida do trabalhador apresentam-se sob um panorama preocupante, que mereceria estudos aprofundados e medidas efetivas por parte deste órgão.

No século XX, Dejours (1992), estudioso dos problemas do trabalhador, mostrou como a pessoa pode sofrer e adoecer ao desempenhar as atividades laborais em condições não adequadas.

O trabalhador, frente ao sofrimento, desenvolve estratégias de defesa, como por exemplo:

- Repressão: significa não pensar sobre as questões do sofrimento no trabalho. Ela faz com que a pessoa procure manter-se ocupada, seja com atividades domésticas ou com outra jornada de trabalho, anestesiando-se. A permanência nessa situação promove o embotamento do aparelho psíquico onde, aparentemente, não há sofrimento. Com o tempo, podem surgir sintomas psíquicos, somáticos ou agravamento de condições patológicas preexistentes.
- Consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas: o uso dessas drogas é utilizado para diminuir a ansiedade e o medo.
- Enaltecimento da coragem através de ações e palavras: neste caso, o grupo exposto ao sofrimento ou riscos no trabalho cria provas ou testes de resistência, principalmente para os iniciados e as exaltações da força física, da resistência à dor e da invulnerabilidade.

O trabalhador que está sofrendo por questões do trabalho não consegue desenvolver o seu potencial na organização e desempenhar o papel esperado nas relações familiares e sociais, podendo partir para atitudes agressivas e violentas. Dejours (1992) alerta que, geralmente, as causas de descompensação do trabalhador não são procuradas na organização. O servidor é encaminhado para os serviços de saúde, onde costuma ser medicado e licenciado. Essa pseudossolução desloca o conflito homem-trabalho para o campo da medicalização, desqualificando o sofrimento da pessoa.

Essa estratégia deve ser edificada a partir de uma ação gerencial dialógica, que tem como princípios a democratização, a boa relação entre subordinados e superiores, a maior autonomia dos trabalhadores em relação às normas da organização e outros.

Segundo FRANÇA (1997) conceitua Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) como o conjunto de ações de uma organização que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. O trabalhador é percebido dentro do enfoque biopsicossocial e a organização realiza diagnósticos, campanhas, criação de serviços e projetos para a preservação e desenvolvimento de sua força de trabalho.

De acordo com FERNANDES (1996) cita oito categorias conceituais como critérios para uma boa QVT:

- Compensação justa e adequada: é a remuneração adequada ao trabalho realizado assim como a equidade interna (com colegas) e externa (mercado de trabalho);
- Condições de trabalho: envolvem jornada e carga de trabalho, equipamentos disponíveis para a execução das tarefas e ambiente de trabalho saudável;
- Uso e desenvolvimento das capacidades: aproveitamento do talento humano ou capital intelectual. Deve-se conceder autonomia, incentivo da capacidade plena e feedbacks constantes ao trabalhador dos resultados obtidos no processo de trabalho;
- Oportunidade de crescimento e segurança: referem-se à carreira, crescimento pessoal e segurança no emprego;
- Integração social na organização: cultivo do bom relacionamento além de oportunidades iguais, independentes de orientação sexual, classe social, idade e outras;
- Constitucionalismo: mede o grau que os direitos do trabalhador são cumpridos na organização, tais como, direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão e outros;
- Trabalho e espaço total de vida: preconiza o equilíbrio entre a vida pessoal e do trabalho;
- Relevância do trabalho na vida: investiga a percepção do trabalhador em relação à imagem que tem da organização, responsabilidade social junto à comunidade e qualidade dos bens e serviços oferecidos.

VASCONCELOS (2001) faz algumas considerações sobre as dificuldades em implementar e manter programas de QVT:

- Existe grande distância entre discurso e prática;
- Os programas de QVT normalmente têm origem e se baseiam nas questões de segurança e saúde do trabalhador, apenas devido aos aspectos legais que as organizações precisam cumprir;
- As organizações ainda não associam a QVT com programas de gestão em qualidade;
- Não existe, por parte dos gestores, real preocupação com a saúde do trabalhador;
- A sociedade atual tem desenvolvido o culto ao trabalho, onde, por exemplo, o workholic (viciado em trabalho), é valorizado pelas organizações, apesar do aspecto patológico e destrutivo deste comportamento. O workholic confunde quantidade com qualidade de trabalho e pode causar estresse no ambiente organizacional quando em cargo de comando, pois espera que seus subordinados tenham comportamento semelhante ao seu.

A proposta de QVT tem uma concepção mais ampla do que tem sido divulgada e praticada em nossos dias. Quando se reflete que o trabalho é apenas uma das atividades do ser humano, que deve ser capaz de viver a vida plena percebe-se a importância da qualidade de vida dentro e fora do trabalho, com as pessoas compartilhando relacionamentos familiares e sociais saudáveis, tendo atividades de lazer e momentos de prazer.

A qualidade no trabalho aumenta quando há prazer do trabalhador em realizar sua tarefa. A segurança e saúde são melhores quando organização e trabalhador se preocupam com as questões de saúde ocupacional e riscos nos ambientes de trabalho.

É importante que as áreas de apoio para o trabalhador como estar, copa e banheiros estejam bem locadas, seja em número suficiente e para todos os profissionais. As áreas de apoio como lavanderia, farmácia, almoxarifado, serviço de nutrição e dietética, central de esterilização de materiais, laboratórios e outros, além de adequadas funcionalmente, devem propiciar espaços de trabalho prazerosos.

A incumbência de trabalhar o sofrimento nas organizações tem que ser assumida por políticos, empresários e pelos próprios trabalhadores.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta monografia trata de uma descrição do projeto de intervenção. De uma pesquisa qualitativa onde se considera que há uma relação dinâmica com um nível de realidade que não pode ser quantificado, respondendo a questões bastante particulares e por isso foi à abordagem metodológica escolhida para essa pesquisa.

Como explica Minayo (2004):

“[...] ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004; p. 22).

Segundo Yin (2004), a unidade de análise está relacionada com a definição, podendo ser ela um indivíduo, uma decisão, um programa ou sobre a implantação de um processo ou uma mudança organizacional. A definição da unidade de análise está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas. Nesse sentido, procura-se aprofundar na compreensão do conceito de gestão humanizada e como sua implantação pode contribuir para melhoria dos serviços públicos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde ocorre um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (GIL, 1991).

3.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO: A GESTÃO HUMANIZADA NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR

Os valores éticos devem estar presentes em todos os processos de trabalho. A missão, visão e valores das organizações de saúde necessitam ser conhecidos por todos os atores envolvidos. A concepção de trabalho e gestão que se abre nas seguintes vertentes: compreensão de que o trabalho é produção-invenção de serviços, de produtos, de si mesmo e do mundo (Schwartz, 2007) e de que, no processo de trabalho, a conexão construída é a das relações entre os atores que habitam os serviços (trabalhadores entre si e com gestores e usuários); compreensão de que o trabalho em saúde é um espaço por excelência dessa produção de serviços e de sujeitos (autonomia, protagonismo (Campos, 2006, 2003, 2000); compreensão de que o trabalho é produção de saber, processo de formação permanente, e que essa formação se efetiva na vivência das situações concretas de trabalho, “tornando-se competente” para enfrentar as demandas, criando estratégias para isso (inclusive aprendendo a trabalhar em equipe).

O enfoque na modernização e inovação da gestão hospitalar, aqui relatado, pressupõe os seguintes instrumentos:

1. Clareza da missão institucional, ou seja, a expressão da razão de ser da organização o que a legitima perante os seus usuários e seus funcionários;
2. Visão clara sobre o futuro, seus usuários e serviços que presta, de modo que a gestão se concentre no essencial;
3. Liderança dos seus dirigentes, estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
4. Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.
5. Recursos Humanos motivados pelo seu engajamento no trabalho e com uma visão de futuro;
6. Estrutura Organizacional, que enfatiza a importância dos papéis de cada um dentro da organização com vista a agregar valor ao serviço prestado;
7. Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana, permitindo a definição de ações e a conversão de rumos.

Em síntese, demonstrar que a modalidade de gestão pública de assistência à saúde, sob a forma de Organização Social, financiada mediante contrato de Gestão que discriminam objetivos e metas a serem alcançadas na produção de serviços, é uma gestão inovadora.

Atualmente, os recursos humanos constituem os recursos estratégicos das organizações dados a sua criatividade, inovação e ao potencial que representam, características que assinalam a diferença em face de outros recursos organizacionais como, por exemplo, o capital. Estas características colocam os recursos humanos como um ativo organizacional que como tal necessita de ser valorizado através de investimento em formação.

A gestão de recursos humanos no essencial ainda hoje integra as seguintes técnicas: recrutamento e seleção, formação e desenvolvimento, gestão do sistema de recompensas, relações de trabalho, higiene e segurança, análise de funções, a gestão do desempenho, planeamento e gestão de carreiras, a comunicação interna, a gestão administrativa.

O modelo de gestão a ser proposto no referido trabalho tem como objetivo trazer diversas inovações para o setor saúde no que se refere a atividade de gestão hospitalar. Optava-se por um modelo organizacional que refletisse e concretizasse mudanças em termos de melhorias gerenciais, modernização da gestão, implementação de programas de qualidade, como também incorporação de novas tecnologias, apresentando focos institucionais que utilize sistemas e processos de trabalho, orientados para a permanente otimização dos recursos disponíveis, que mantenha um elevado padrão de qualidade dos serviços, adequando-se sempre às necessidades dos cidadãos-usuários, facilitar o acesso do cidadão-usuário aos serviços de saúde ofertados, e integrar de forma harmoniosa, à rede pública de saúde.

Para cumprimento do modelo proposto, escolhe-se uma gestão colegiada em todos os seus níveis com os seguintes mecanismos:

- Macrogestão
- Conselho de Administração
- Estabelecendo função deliberativa e fiscalizadora superior, em nível estratégico de coordenação, controle e avaliação globais e também de fixação das diretrizes fundamentais para o funcionamento da unidade;
- Reuniões mensais;
- Formado por 10 membros, tendo como presidente o Secretário Estadual da Saúde.
- Conselho Fiscal
- Estabelecendo função fiscalizadora e supervisora dos recursos financeiros;
- Reuniões mensais, formado por 07 membros, coordenado por um técnico da Secretaria de Administração do Estado.
- Conselho Gestor da Secretaria da Saúde do Estado estabelecendo diretrizes para o funcionamento da unidade.
- Central de Regulação Estadual (CRESUS) regulando a marcação de consultas e internações dos serviços de clínica médica, pediatria e cirurgia.
- Comissões de Avaliação procedendo ao acompanhamento e a avaliação das metas e do desempenho científico e tecnológico da unidade.
- Realizar 02 avaliações anuais.

O contrato de gestão é instrumento jurídico que contempla dois aspectos: as formas de financiamento dos serviços produzidos e os indicadores de avaliação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram verificadas que no ambiente hospitalar várias práticas voltadas a Humanização hospitalar, seguindo critérios estipulados pelo PNHAH, para atender as deficiências que existiam anteriormente no atendimento da organização estudada, bem como, melhorar o relacionamento entre funcionários, colaboradores e pacientes, e com isso aprimorar o clima organizacional da instituição.

Dentre estas práticas, estão ouvidorias, para receber elogios e reclamações de pacientes e funcionários e desta forma ter conhecimento das expectativas dos mesmos, com relação á organização; esta oferece ciclo de palestras voltadas para funcionários e pacientes para melhorar os conhecimentos nas áreas como primeira

gestação, doenças e perigos de acidentes infantis, entre outros de utilidade pública; promove atendimentos à comunidade em geral, como medição de pressão, atendimento nutricionais, entre outros; para melhorar a comunicação entre funcionários são promovidas festas de aniversários, e datas comemorativas, para todos os colaboradores participarem e desta forma melhorar as relações interpessoais no ambiente de trabalho; oferece oportunidade de estágios para universitários realizarem seus conhecimentos na prática e também oferece como medida sócia educativa, estágios para menores infratores que cumprem pena de serviços à comunidade, servindo para reintegrá-los no ambiente de trabalho e na sociedade em geral; também são promovidas mensalmente palestras sobre humanização, voltada ao aprimoramento do atendimento do profissional de saúde.

Através dos procedimentos citados acima observa-se a melhora do relacionamento entre profissionais e pacientes, bem como a relação entre os profissionais das áreas de saúde e também os profissionais das demais áreas de atuação dentro do Hospital, pois a comunicação entre eles se tornou mais simples e eficaz e com menos preconceitos e receios, ou seja, "sem comunicação não há humanização" (MS, 2000).

Os resultados evidenciaram que os principais aspectos inerentes à humanização enfocados nestas pesquisas foram: a definição do termo, as propostas de humanização do atendimento em saúde, as dificuldades para a implementação de ações humanizadoras e a evolução das políticas de saúde e de humanização no Brasil.

5 CONCLUSÕES

Nos últimos anos, o tema "humanização" passou a ser discutido amplamente na sociedade, particularmente nos serviços de saúde e hospitais como uma reação ao modelo hegemônico de assistência à saúde.

Sabe-se que o governo nacional tem priorizado o atendimento humanizado e incentivado que as instituições sigam os modelos padronizados conforme o Programa Nacional de Humanização (PNH).

Conclui-se através deste estudo que o atendimento humanizado, é um ato a ser seguido, mas que requer certo tempo de adaptação. Trata-se de treinamento das equipes de atendimento de profissionais de saúde, principalmente aqueles que possuem muitos anos de serviço e que estão acostumados com uma rotina, muitas vezes fria, centrada somente no cuidar, deixando de lado a função de assistir integralmente o doente e seus familiares.

Por outro lado, destaca-se a rotina estressante destes setores, onde lidar com dor e morte torna-se quase uma constante, podendo assim, facilitar a distância dos trabalhadores com a realidade emotiva vivenciada pelos familiares neste momento. Mas não é uma regra, pois a convivência com o sofrimento, mesmo que alheio, pode, por outro lado, propiciar a experiência de viver numa diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais difíceis, é possível trilhar novos caminhos que podem demonstrar a solidariedade implicada no cuidado e a consequente humanização.

Desta forma, acredita-se que, segundo a bibliografia, é viável que se implante um processo de atendimento humanizado no ambiente hospitalar, principalmente pela melhoria vista em longo prazo tanto nas relações interpessoais entre profissionais como na melhoria da qualidade da assistência ao paciente/cliente e também aos seus entes envolvidos neste processo.

Diante da execução deste trabalho, ficou claro que há possibilidades de implantação de um processo assistencial humanizado no ambiente hospitalar, mesmo que em longo prazo, desde que este tema seja abordado na prática e não somente na literatura. Conclui-se, desta forma, que há bases literárias já consideradas suficientes para se praticar a humanização do atendimento no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M.; MARTINS, E. C.; CAETANO, J. A.; SOARES, E; BEZERRA, E. P. **Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.** Rev. Eletr. Enf., 2009, V. 11, n. 1, p. 151-7.

ARAÚJO, Volney Custódio. **Gestão Empresarial do século XXI: a mudança necessária.** Administração em Revista. Distrito Federal, v. 1, n. 1, p. 89-96, jan/jun. 2001.

BENNIS, W. **A Formação do Líder.** São Paulo: Ed Atlas, 1996.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005, Jul-Set, v. 10, n. 3, p. 561-71.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar.** Mundo Saúde. 2003, Abr-Jun, v. 27, n. 2, p. 231-9.

BETTS J. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar.** Humaniza 2003. [Periódico on-line] [citado em 25 ago. 2003] Disponível em: URL: <[http:// www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Programa Nacional da Assistência Hospitalar.** Brasília (DF): MS; 2000.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Manual de condutas médicas: Programa de Saúde da Família.** Brasília (BR): MS; 2002.

_____. PNHAH. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar.** Brasília (DF): 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização Hospitalar.** Brasília, Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério do Trabalho e emprego. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora Nº 32. Brasília, Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Clínica e saúde coletiva compartilhada: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M. S. M. C. **Desenvolvimento gerencial do setor público: velhas questões e novos desafios**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 27-37, out/dez, 1995.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Rev. Latino-Americana. Enferm. 2005, Jan-Fev; v. 13, n. 1, p. 105-11.

CASTELLI, G. **Administração Hoteleira**, Caxias do Sul: EDUCS, 2001, p. 77.

COELHO, E. M. **Gestão do conhecimento como sistema de gestão para setor público**. Revista do Servidor Público. Rio de Janeiro, ano 55, nº 1 e 2, jan/jun, 2004.

CORBELLA, Oscar. **Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

CORREA, R. A. A. **Qualidade de Vida, Qualidade do Trabalho, Qualidade do Atendimento Público e Competitividade**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 113-23, jan/mar. 1993.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

FAIMAM, C. S.; DANESI, D.; RIOS, I. C.; ZAHER, V. L. **Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais de saúde**. Mundo Saúde. 2003, Abr-Jun, v. 27, n. 2, p. 254-7.

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar**. Salvador, Casa da Qualidade Editora LTDA; 1996.

FERREIRA, S. M. M. **Liderança no século XXI**. Revista do Programa Gestão Participativa. Centro de Estudos Interdisciplinares para o Setor Público - ISP. Salvador, v. 1, n. 1, set/dez. 2001.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade. 2004, set-dez, v. 13, n. 3, p. 30-5.

FRANÇA, AC. **Qualidade de vida n o trabalho: conceitos, abordagens, inovação e desafios nas empresas brasileiras**. Rio de Janeiro, Revista de Medicina Psicossomática, v.1, n.22, 1997.

GELAIN, I. J. **Humanização do Hospital**. Rev. Paul. Hosp., 1986, v. 16, n. 1, p. 3-7.

GIACOMINI, C. H.; GOTTEMS, C. L.; SKROBOT, L. C. **Gestão compartilhada na Secretaria de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Curitiba.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 216-229, nov/dez. 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

KLIKISBERG, B. **O Desafio da Exclusão: para uma gestão social eficiente.** São Paulo: FUNDAP, 1993.

LEITÃO, S. P.; LAMEIRA, V. J. **Humanismo e mudança organizacional.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 731-751, maio/jun. 2005.

LOBO, F. **Clima organizacional no setor público e privado no norte de Portugal.** Porto: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

MADUREIRA, C. **A formação contínua no novo contexto da administração pública: possibilidades e limitações.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 1109 -1135, set/out. 2005.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTINS, M. P. S. P.; SILVA, J. B.; MEDEIROS, M. L.; DANTAS, H. V. **Implantação do novo modelo de Gestão Hospitalar Pública através da organização social.** II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 45: Parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP. Ceará, 2002.

MARTINS, V. P. **Humanização e o ambiente físico hospitalar.** Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de engenharia Clínica –Paraíba, 2004.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais.** . Dissertação de para obtenção do grau de Bacharel em Administração. Bahia, 03 de março de 2008.

MENEZES, M. J. **Estilo democrático de gestão no contexto organizacional: Perspectivas.** Administração de Empresas em Revista/ Faculdades Integradas Curitiba. Curitiba, ano 1, n. 1. 2002.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde:Princípios básicos.** São Paulo: Manole, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: ed Vozes, 1994.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares.** São Paulo: CEDAS, 1992.

OTT, J. S. ***The Organizational Culture Perspective***, Brooks/Cole Publishing Company, California, 1989.

PEREIRA, L. C. B. **Da Administração pública burocrática à gerencial**. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: ed FGV, 1999.

PESSINI, L.; PEREIRA, L. L.; ZAHER, V. L.; SILVA, M. J. P. **Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica**. Mundo Saúde. 2003 Abr-Jun; v. 27, n. 2, p. 203-5.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo, Hucitec: Anablume, 2003.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão** / São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. **As políticas de saúde e a humanização da assistência**. Rev. Bras.Enferm. 2002 Mar-Abr; v. 55, n. 2, p. 196-9.

SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. Tese (Doutorado) , São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2005.

SCHWELLA, E. **Inovação no governo e no setor público: desafios e implicações para a liderança**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 259-276, jul/set. 2005.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.) **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2007.

SILVA, P. S. C. **Gestão Humanizada no Setor Público: Um Estudo de Caso no Instituto Anísio Teixeira (IAT)**. Trabalho apresentado ao curso de Administração da Universidade Estadual de Feira de Santana. 2006.

SIMÕES, A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; v. 16, n. 3, p. 439-44.

SOUZA, E. C. L. **A Capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 73-88, jan/fev. 2002.

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e atenção primária à saúde**. Rev Ciênc. Saúde Coletiva. 2005 Jul-Set; v. 10, n. 3, p. 585-97.

VAITSMAN, J. **Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.847-850, jul-set, 2000.

VASCONCELOS, AF. **Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas.** São Paulo, Caderno de Pesquisas em Administração; 2001.

VERGARA, S. C.; BRANCO, P. D. **Competências gerencias requeridas em ambiente de mudança.** Revista de Administração Contemporânea/ANPAD. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1. 1995.

VIVEIROS, Marco Antonio Heredia. **Revista Paradigmas.** São Paulo, v. 9, n. 6, p. 57-62, out/dez. 1997.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Método.** São Paulo: Bookman, 2004.