

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Juliana Romano Arienti Pagnano

**Gestão Hospitalar Humanizada: Perspectiva
dos Profissionais de Saúde em uma Unidade
de Terapia Intensiva Neonatal**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Iris Barbosa

Maio de 2020

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Obrigada a todos que compartilharam comigo os momentos que percorri ao longo desta caminhada.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Iris Barbosa pela paciência, disponibilidade e constantes ensinamentos ao longo de todas as etapas deste trabalho.

Um agradecimento especial a toda minha família pelo apoio incondicional nesta jornada. João Pedro, Maria Cecília e Pedro obrigada por terem vindo comigo neste sonho! Aos meus pais, Sílvia e Leonardo, sempre no meu coração, por não medirem esforços para a minha educação e evolução profissional.

Agradeço à Carolina e à Bárbara por estarem presentes, mesmo à distância, nesses longos anos de amizade.

Também não poderia deixar de congratular todos os profissionais entrevistados, que gentilmente contribuíram de forma voluntária, dispuseram o seu tempo e compartilharam as opiniões necessária para a realização desse estudo.

Declaração de integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Resumo

Título: Gestão hospitalar humanizada - Perspectiva dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal

A humanização dos cuidados de saúde é assunto premente na atualidade dada o esperado contributo ao nível da qualidade dos serviços de saúde prestados. Esta dissertação aborda a humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sob o ponto de vista dos seus profissionais. Foi conduzido um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório, em uma UTIN de um hospital privado brasileiro. Como principal método de recolha de dados, realizaram-se entrevistas a uma amostra de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da UTIN. Os resultados revelam que apesar da humanização ser um tema amplamente discutido, os artefactos, valores e práticas organizacionais consoantes estão a ser implementadas lentamente nessa organização hospitalar. Estas medidas referem-se, sobretudo, à melhoria da comunicação entre os profissionais, bem como entre os membros da equipa multidisciplinar e as famílias, à criação de novos protocolos e à participação dos membros da equipa nos processos de tomada de decisão que afetam o quotidiano da UTIN. Por outro lado, os profissionais entrevistados identificam as fragilidades na estrutura física, o grande volume de trabalho e a baixa remuneração dos colaboradores como obstáculos ao cuidado humanizado. O estudo inclui recomendações práticas que, na perceção dos participantes, podem contribuir para uma cultura organizacional mais adequada à humanização no hospital analisado e, conseqüentemente, melhorar a assistência aos recém-nascidos gravemente doentes e aos seus familiares.

Palavras-chave: humanização, valores e práticas organizacionais, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Abstract

Title: Humanized hospital management – The perspective of health professionals in a neonatal intensive care unit

Humanization in health care is becoming a crucial topic nowadays, given its predictable contribution to the quality of the services offered. This dissertation addresses the humanization in the context of neonatal intensive care from the perspective of health professionals. An exploratory qualitative study was conducted in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a Brazilian private hospital. The primary method of data collection consisted of interviews carried with several members of the NICU multidisciplinary team. The results reveal that although humanization is becoming a widely discussed subject in this hospital unit, the artifacts, values and practices that promote it are being implemented at a slow pace. These measures include improvements in communication amongst the NICU members and with families, the establishment of new protocols, and the participation of team members in decision-making processes affecting this unit's daily actions. On the other hand, the participants in the study pointed out the fragility in the physical structure, the significant workload, and the low wages of employees as substantial barriers to humanized care. The study presents practical recommendations that, in the professionals' perspective, may contribute to an organizational culture that enhances humanization in the researched hospital and, hence, improve the assistance of the severely diseased newborns and their families.

Keywords: humanization, organizational values and practices, Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

Índice

AGRADECIMENTOS	III
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	IV
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	X
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	2
1.2. ESTRUTURA DO DOCUMENTO	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1. O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	5
2.2. HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DE SAÚDE BRASILEIRO	8
2.2.1. <i>As unidades de terapia intensiva neonatal no Brasil e a humanização</i>	9
2.3. CULTURA ORGANIZACIONAL E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	14
2.3.1. <i>O conceito e as dimensões da cultura organizacional</i>	14
2.3.2. <i>Cultura organizacional em contexto hospitalar</i>	18
3. METODOLOGIA	22
3.1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	22
3.2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	23
3.3. RECOLHA DE DADOS E AMOSTRAGEM	24
3.4. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DA AMOSTRA	26
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
4.1. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS ELEMENTOS DA CULTURA ORGANIZACIONAL	28
4.1.1. <i>Os fatores positivos</i>	30
4.1.2. <i>Os problemas e desafios</i>	31
4.1.3. <i>Relacionamentos no contexto organizacional</i>	35
4.2. A HUMANIZAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO	41
4.2.1. <i>Definição de humanização</i>	41
4.2.2. <i>Condições necessárias para a humanização</i>	45
4.2.3. <i>Percepção da evolução da humanização na organização</i>	47
4.2.4. <i>Medidas práticas adotadas pela organização</i>	49
4.2.5. <i>Formação em humanização</i>	53
4.2.6. <i>Medidas a serem adotadas pela organização</i>	55
5. SÍNTESE CONCLUSIVA, CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES	60
5.1. SÍNTESE CONCLUSIVA	60
5.2. CONTRIBUTOS DO ESTUDO	68
5.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
5.4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICE	78
APÊNDICE 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA	78
Lista de abreviaturas e siglas	

CAF – Centro de Apoio às Famílias

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CO – Cultura Organizacional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

GRH - Gestão de Recursos Humanos

IG – Idade Gestacional

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PN – Peso de Nascimento/ Nascimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH - Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

RH - Recursos Humanos

RN – Recém-nascido

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Índice de figuras

Figura 1: Componentes da Cultura Organizacional, adaptado de Cunha et al. (2016).....	16
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1 Classificação do recém-nascido prematuro de acordo com a Idade Gestacional (IG) e Peso de Nascimento (PN) baseada em Parmigiani, 2012.....	10
Tabela 2: Caracterização da amostra do estudo	27
Tabela 3: Caracterização da amostra do estudo	28
Tabela 4: Relacionamentos em contexto organizacional	36
Tabela 5: Definição de cuidado humanizado	42
Tabela 6: Condições relevantes para a humanização	45
Tabela 7: Percepção da evolução da humanização.....	47
Tabela 8: Medidas práticas adotadas.....	49
Tabela 9: Formação em humanização	53
Tabela 10: Sugestões em prol da humanização	56

1. Introdução

O termo humanização do atendimento em saúde está na pauta de algumas iniciativas relacionadas ao cuidado prestado a bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) há algumas décadas, sendo apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos últimos anos, o Ministério da Saúde brasileiro tem procurado investir na melhoria da gestão hospitalar e do atendimento oferecido aos utentes e seus familiares de modo a contribuir para a construção de uma cultura de atendimento humanizada (Artmann & Rivera, 2006).

Por humanização entende-se a busca contínua do conforto físico, psíquico e mental diante das necessidades dos pacientes, de suas famílias, da própria equipa de saúde que os assistem, em conformidade com as relações que estabelecem (Deslandes, 2006). Todavia, particularidades do ambiente de trabalho, dos equipamentos, da organização do trabalho, muitas vezes conspiram contra a qualidade do trabalho. A discussão sobre a humanização dos serviços de saúde tem implicações nas condições de trabalho, ambiente, processos e organização do trabalho, o que exige autonomia dos colaboradores, participação nos processos de saúde, criação de vínculos e responsabilidades (Lacaz & Sato, 2006). Posto isso, verifica-se que a humanização pode ter um impacto significativo no desempenho de profissionais de saúde e, por isso, o seu estudo torna-se relevante.

O tema do presente estudo incide especificamente sobre a humanização através das percepções dos profissionais que compõe a equipa multidisciplinar de uma UTIN. Segundo Vila e Rossi (2002) e Deslandes (2006), a UTIN caracteriza-se por uma alta especialização, sendo muito solicitada tanto em termos de habilidade técnica, quanto em prontidão em atender às urgências. Segundo esses autores, pela especialização desse sector, os seus profissionais operam no limite do conhecimento disponível, onde questões como vida e morte se impõe, colocando-os numa situação de extrema responsabilidade.

Além da humanização, a presente investigação incide também ao nível da cultura organizacional (CO) e da qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com Kurcgant e Massarollo (2012) a compreensão da realidade organizacional é fundamental uma vez que as organizações são constituídas de pessoas, que partilham significados e agem de forma conjunta. Nesse sentido, pode-se dizer que a cultura está presente nas organizações (Fonseca *et al.*, 2018).

De acordo com Mosadeghrad (2014), a qualidade é um tópico fundamental no que diz respeito aos serviços de saúde. Os autores Lacaz e Sato (2006) e Artman e Riviera (2006) salientam a importância de a organização trabalhar no sentido de criar um bom ambiente de trabalho para os colaboradores, de modo a melhorar a humanização para estes exercerem suas funções e, conseqüentemente a qualidade da prestação de cuidados no hospital.

O tema da presente investigação ressalta sua relevância já que para uma boa prática de cuidados em saúde é fundamental o uso prudente dos conhecimentos sobre a doença, mas também uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que são tratados. Essa perspectiva aponta para um tipo de atendimento no qual a interdisciplinaridade permite que diferentes saberes estejam disponíveis para o atendimento do sujeito que sofre (Deslandes 2006).

O objetivo do presente trabalho é analisar e compreender os valores e práticas que caracterizam a cultura organizacional de um hospital privado. Importa, também, descobrir se os cuidados humanizados estão a ser promovidos pela gestão hospitalar, como podem influenciar a prestação de cuidados ao paciente, especificamente ao recém-nascido de alto risco e a sua família. Pretende-se, ainda, avaliar a perspectiva dos profissionais que compõem a equipa sobre a prestação do cuidado humanizado e contextualizá-la no ambiente organizacional.

Assim, apresentam-se as questões de partida da investigação:

- *De que modo os profissionais caracterizam o seu trabalho e a cultura organizacional em uma UTIN?*
- *Como os profissionais entendem o conceito de cuidado humanizado e como o aplicam na sua prática diária?*
- *Quais as medidas que a organização já adotou em prol da humanização?*
- *Que medidas a organização deve adotar para melhorar a humanização no cotidiano dos colaboradores e conseqüentemente, dos pacientes e familiares?*

1.1. Motivação para o estudo

A elaboração deste trabalho teve como motivação principal a pertinência do tema frente ao cenário atual das organizações hospitalares e seus colaboradores. O utente passa a estar no centro de todo o sistema de saúde, ou seja, a prestação e o planeamento dos cuidados está

voltado para ele. Essa nova cultura de atendimento está fundada na comunicação. Por outro lado, o papel dos gestores hospitalares é relevante para a contratação de profissionais, adequação do ambiente, promoção das condições de trabalho adequadas, aquisição de novos equipamentos e criação novos serviços.

Como profissional de saúde, eu sempre tive apreço pela neonatologia. Apesar de todo o sofrimento do cotidiano, o trabalho desenvolvido pelos profissionais dessa área da pediatria é geralmente refletido no sucesso da alta do paciente e reconhecimento dos familiares. Por ter tido a oportunidade de trabalhar em neonatologia ao longo de duas décadas, de acompanhar os avanços tecnológicos e as mudanças das organizações hospitalares e das relações profissionais, escolhi realizar esta pesquisa.

Além disso, a humanização é um tópico com pouca ênfase nos estudos multidisciplinares, sendo mais recorrente a sua discussão por enfermeiros e psicólogos, ou ainda a sua avaliação pelos utentes e não pelos profissionais de saúde. Assim sendo, escolhemos abordar o tema de modo a conhecer as percepções da equipa como um todo. Por outro lado, verificamos a existência de poucos estudos que avaliam a cultura organizacional em hospitais privados com ênfase na humanização, razão pela qual privilegiamos esse estudo.

Autores como Hennington (2008) e Zanfolim *et al.* (2015) destacam a importância de o profissional saber o significado do termo de humanização na assistência à saúde. A compreensão conceitual superficial, ou a sua falta, gera dificuldades na prática de ações. A humanização exige um reposicionamento dos sujeitos no modo como trabalham, praticam e produzem saúde, evitando, assim, dissociar o cuidado da gestão da prestação do cuidado.

1.2. Estrutura do documento

Este trabalho foi estruturado da seguinte forma: Introdução, Revisão da Literatura, Metodologia, Análise dos dados e Conclusão.

A presente Introdução, apresenta o estudo, descrevendo os seus objetivos e suas questões de partida, bem como a pertinência e a motivação para a elaboração do mesmo.

De forma a contextualizar a investigação em causa, é realizada uma Revisão da Literatura nos temas considerados mais pertinentes para a elaboração do estudo. Recorremos a estudos no âmbito da humanização em saúde e suas vertentes, situando-a no contexto brasileiro,

prosseguimos com a caracterização de uma UTIN e os desafios referentes à humanização. Posteriormente, estudamos a cultura organizacional, focando os seus conceitos e elementos, bem como correlacionando-a ao contexto hospitalar e a sua importância na humanização em saúde.

Apresenta-se, ainda, a metodologia adotada no presente estudo, o paradigma em questão e o método utilizado com as respectivas justificações para essas escolhas. Após a descrição do método de análise dos resultados, é realizada uma caracterização da amostra do estudo.

O capítulo seguinte consiste na análise do conteúdo das entrevistas e discussão dos resultados, segundo as categorias temáticas definidas na grelha de análise. Cada subcapítulo está relacionado a uma categoria temática e encontra-se subdividido nas respectivas dimensões de análises e indicadores, sendo acompanhados de declarações ilustrativas dos participantes do estudo. Juntamente com a apresentação dos resultados é realizada uma confrontação com a revisão bibliográfica, de modo a enriquecer a discussão.

O capítulo final oferece uma síntese conclusiva da investigação, seguida dos contributos do estudo para a prática da gestão humanizada em UTIN, bem como as suas limitações e recomendações para investigações futuras.

2. Revisão da Literatura

2.1. O conceito de humanização em saúde

A política da humanização tornou-se, nos últimos anos, temática frequente em investigações e reflexões na área da saúde, interessando aos diferentes ramos do conhecimento científico. Vários estudos têm sinalizado uma urgente necessidade dos gestores e profissionais da saúde em adaptarem-se a uma nova realidade e aperfeiçoarem-se em seus locais de trabalho (Costa, *et al.*, 2009). No sentido mais filosófico, a humanização é o reconhecimento do valor e dignidade do ser humano, considerando sua natureza, seus limites e seus interesses (Rios, 2009).

A humanização tem-se constituído uma temática na atualidade, como um processo para resgatar o cuidado humanístico que o doente e sua família vivenciam. Ao longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços privilegiaram o conhecimento especializado, a destreza manual e a valorização da tecnologia. Entretanto, atualmente tal vem a mudar. Almeja-se a promoção de relações mais humanas no ambiente hospitalar, através da valorização de um contato mais afetivo e efetivo entre os profissionais, pacientes e sua família, bem como o recurso a métodos e técnicas que permitam ressignificar a vida e o adoecer (Almeida, 2012).

Na atenção à saúde, o discurso de humanização relaciona-se com a defesa dos direitos dos pacientes e fundamenta-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pelas Nações Unidas em 1948 (Calegari *et al.*, 2015). Para Moore (1999), citado por Morgado *et al.* (2018), a humanização significa que os cuidados de saúde devem estar, principalmente, relacionados com o ser humano na sua totalidade e não apenas com uma série de sintomas, doenças ou deficiências. Segundo Moreira *et al.* (2015), a humanização pode ser entendida como um vínculo, entre os profissionais de saúde e os doentes, baseado em ações orientadas pela compreensão e apreciação dos sujeitos, refletindo num comportamento ético e humano. Por outro lado, a humanização está associada à qualidade dos cuidados, que inclui o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos doentes. Hennington (2008) também explica que durante muito tempo a humanização em saúde foi restrita à relação trabalhador-utente e ao cumprimento de preceitos éticos. Quando o conceito evolui para uma política de humanização ocorre, então, o surgimento de novos atores e propostas. Por sua vez, Oliveira *et al.* (2006) consideram que:

Humanizar a assistência na saúde implica dar voz tanto à palavra do utente, quanto à palavra do profissional de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, a partir da dignidade, da ética, do respeito e do conhecimento mútuo (p.282).

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde (Lamego, *et al.*, 2005).

Para Cotta *et al.* (2013, p.172) pode-se afirmar que a "humanização consiste na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Kilpatrick (2009) também sublinha que a humanização na gestão dos cuidados de saúde deve implicar três dimensões: os pacientes e suas famílias, os membros da organização e a comunidade. Esta autora enfatiza que os líderes são os responsáveis pela humanização nos cuidados de saúde e, por isso, devem criar uma cultura onde os funcionários estejam envolvidos e sintam-se valorizados. Ora, tal não implica apenas motivar e capacitar os funcionários, mas garantir que o foco principal seja criar um ambiente positivo, que apoie e eleve os pacientes, suas famílias e os próprios funcionários. A autora acrescenta que a humanização pode ser facilitada pelos gestores, que têm um papel claro na criação de programas específicos para desenvolver e treinar funcionários para prestar assistência humanizada. Contudo, apesar de alguns líderes das organizações de saúde saberem o que devem fazer e o que se espera deles, paradoxalmente não agem no sentido de mover a organização nessa direção.

Também para Rios (2009, p. 254):

A humanização fundamenta-se na valorização e no respeito da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e gestão dos serviços.

Rios (2009) refere que o termo humanização em saúde iniciou há cerca de três décadas, com o surgimento de algumas iniciativas na área da psiquiatria e na assistência ao parto e nascimento. A partir de então, algumas instituições hospitalares começaram a desenvolver ações "humanizadoras", como atividades lúdicas, entretenimento e melhoria na aparência física das unidades. Entretanto, ainda não havia uma modificação substancial na organização do trabalho ou na gestão. Nos anos 2000 verificou-se que os próprios colaboradores tomaram a iniciativa diante da necessidade reconhecida pelas pessoas no ambiente de trabalho.

Para Calles *et al.* (2017), humanizar em saúde significa considerar a pessoa como um todo, e que esse trabalho se torna melhor em conjunto para superar barreiras comportamentais de uma equipa, refletindo-se em melhores resultados para os pacientes, assegurando-lhes a dignidade que geralmente é excluída nas abordagens de cuidados de saúde. O principal objetivo da humanização na assistência hospitalar é fornecer um melhor atendimento ao utente e à respetiva família, assim como promover melhorias ao ambiente e nas condições de trabalho para os colaboradores da organização. Conclui-se, assim, que não há humanização ao paciente se não houver humanização ao trabalhador. Estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, obter mais autonomia no trabalho concedida pelos gestores, bem como promover a interação entre profissionais faz parte do processo de humanização.

Sá (2005) destaca a autonomia e criatividade dos sujeitos nas organizações de saúde como condições fundamentais para o fortalecimento da cooperação e do trabalho coletivo, bem como para o desenvolvimento de práticas de saúde solidárias e voltadas para o cuidado com a vida. Rios (2009) reforça que autonomia e responsabilidade resultarão em mais qualidade na atenção ao paciente e melhores condições de trabalho.

Simões *et al.* (2007) também concordam que a humanização implica investir no trabalhador para que este tenha condições de prestar atendimento humanizado. E, tal como Sá (2005), os autores comentam o paradoxo de se prestar um atendimento humanizado tendo que lidar com sobrecarga de ações e funções, dupla jornada de trabalho, dificuldades em conciliar a vida profissional e pessoal e o grande desgaste físico e emocional que trabalhar em uma organização de cuidados de saúde exige. Segundo Carneiro (2010), os profissionais de saúde hospitalares, obrigados a intensidades de trabalho muito elevadas, responsáveis por vezes por dezenas de doentes, não têm, frequentemente, disponibilidade física e mental para humanizar as suas relações com quem se encontra sob seus cuidados.

Todres *et al.* (2009) observaram como a crescente especialização, aliada aos avanços tecnológicos e à pesquisa, melhoraram a saúde e o bem-estar. Alternativamente, existem evidências crescentes de que a dimensão humana do cuidado pode ser obscurecida por um foco tecnológico especializado. Charon (2006) menciona "vexatórias falhas da medicina" com implacável positivismo e reducionismo prejudicial ao apelar para as ciências e não para a humanidade, e a recusa indiscriminada de levar em conta as dimensões humanas da doença e da cura (Todres *et al.*, 2009).

Quando a humanização chegou aos serviços de saúde, a reação dos colaboradores foi variada. Rios (2009) refere que alguns sentiram-se, finalmente, reconhecidos, principalmente aqueles que já trabalhavam com ações humanizadoras. Outros tiveram reações opostas, como indignação ou desdém. Humanizar uma organização de saúde parecia um insulto, afinal, questionou-se, não eram já humanos? Entretanto, ao discutir-se a humanização como um processo de construção de uma ética relacional, que valorizava questões deixadas de lado, muitas vezes pelo cotidiano institucional, ficava clara a importância de trazer o tema para a saúde.

2.2. Humanização no contexto de saúde brasileiro

No Brasil, com a aprovação da Constituição Federal em 1988, a saúde passa a ser um direito social. Em 1990, a Lei N° 8080 estabelece a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um marco na história dos serviços de saúde no Brasil. No capítulo I afirma: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover condições indispensáveis para o seu pleno exercício” (Calegari *et al.*, 2015). O Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que, entre outras questões, visou humanizar a assistência hospitalar, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais e entre o hospital e a comunidade com vista a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados (Brasil, 2001). Em 2003, o PNHAH junto com outros projetos de humanização previamente existentes transforma-se na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH – Humaniza-SUS) na busca de melhorar a eficácia e a qualidade nos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, a PNH está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, conta com um núcleo técnico em Brasília e possui equipas regionais de apoiantes que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir dessa articulação constroem-se os planos de ações.

A PNH visa a reorganização do processo de trabalho em saúde, propondo transformações no eixo da "atenção" e da "gestão". No eixo da atenção, as transformações ocorrem pela maneira de produzir e prestar serviço aos usuários, valorizando as dimensões subjetivas e coletivas. No eixo da gestão, as transformações ocorrem através das modificações da relação social no cotidiano dos trabalhadores e gestores, na condução e organização dos serviços, com a ampliação do espaço democrático para a discussão/decisão, de escuta, de trocas e

decisões coletivas. Entre os princípios básicos estão adoção de conceitos de acolhimento, gestão participativa e cogestão para ajudar na ampliação e eficácia das práticas de saúde. A PNH propõe um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, promovendo a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Sanches *et al.*, 2016).

2.2.1. As unidades de terapia intensiva neonatal no Brasil e a humanização

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgem a partir da necessidade do aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para atendimento de doentes graves, cujo estado de saúde crítico exige observação, avaliação e assistência permanente, centralizando-os em um núcleo especializado (Vila e Rossi, 2002). O desenvolvimento e a tecnologia levaram a gestão dos hospitais à organização de unidades diferenciadas, de modo a promover maior eficiência do uso de equipamentos e recursos humanos com treinamento especializado.

Uma Unidade de Neonatologia caracteriza-se como um local onde prestam-se serviços de saúde intensivos, intermediários ou especiais aos recém-nascidos, acolhendo e integrando da melhor forma possível a respectiva família (ACSS, 2017). Os utentes do serviço de neonatologia são crianças recém-nascidas e seus familiares, em regime de internamento ou de acompanhamento ambulatorial. Considera-se como "recém-nascido" toda a criança com menos de 28 dias de vida, ou que, além dessa idade, ainda precise de cuidados neonatais específicos devido a problemas relacionados ao período neonatal, doenças congênitas ou adquiridas no período neonatal (ACSS, 2017). Cabe ressaltar que a maioria dos bebês que vão para um leito de UTIN são prematuros. A prematuridade corresponde aos nascimentos antes das 37 semanas de idade gestacional (IG). Segundo Parmigiani *et al.* (2012), além da IG, o peso de nascença (PN) também é importante para classificar os prematuros como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 Classificação do recém-nascido prematuro de acordo com a Idade Gestacional (IG) e Peso de Nascimento (PN) baseada em Parmigiani, 2012

Classificação do Recém-Nascido Prematuro	
Recém-nascido	Idade Gestacional/Peso de Nascimento
RN prematuro extremo	Nascimento antes de 28 semanas de IG e/ou PN menor 1.000g.
RN prematuro moderado	Nascimento \geq 28 semanas e \leq 32 semanas de IG e/ou PN $>$ 1000g e $<$ 2.500g.
RN prematuro limítrofe	Nascimento \geq 33 semanas e \leq 36 semanas de IG e/ou PN \geq 1.500g $<$ 2.500g.

Os recém-nascidos que precisam de cuidados médicos e/ou cirúrgicos são internados numa área especial do hospital chamada Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A UTIN combina uma tecnologia muito avançada e diferenciada com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação dos cuidados aos bebês prematuros ou doentes.

O crescente conhecimento das taxas de morbimortalidade neonatal (i.e., índice de óbitos em decorrência de uma doença específica, dentro de um determinado grupo populacional) tem sido um desafio mundial à saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 15 milhões de crianças nasceram prematuras no mundo, em 2015. Embora nos países em desenvolvimento haja uma maior expressão numérica destes nascimentos, nos países desenvolvidos os recém-nascidos prematuros representam um número significativo de morbimortalidade neonatal.

Considera-se relevante analisar a questão da prematuridade devido ao aumento do nascimento de bebês prematuros e principalmente dos recém-nascidos de baixo peso (inferior 2.500g). Há cada vez mais recém-nascidos com IG inferior a 37 semanas no Brasil devido a inadequação do pré-natal e da assistência ao parto (Lansky *et al.*, 2014) assim como de outros fatores, como problemas de alimentação materna, exposição ao fumo e, em menor número, transmissão de doenças materno-fetal. Para Orzalesi e Corchia (2012), devemos considerar ainda a crescente procura pela reprodução assistida e o aumento de nascimentos múltiplos como facilitadores de partos prematuros.

Medidas de impacto na área neonatal somadas ao avanço científico têm possibilitado maior sobrevivência desses bebês (ex.: diagnósticos, terapias sofisticadas e procedimentos cirúrgicos) (Silva, *et al.*, 2009).

A mortalidade infantil pode ser analisada através de duas componentes básicas: a mortalidade neonatal (os óbitos ocorridos até os 28 dias de vida) e a mortalidade pós-natal (que ocorre após o vigésimo oitavo dia de vida). Observamos que no Brasil a mortalidade neonatal é o

principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990 e vem mantendo-se em níveis elevados – principalmente no período neonatal precoce (de zero a seis dias), sendo que 25% dos óbitos ocorrem nas primeiras vinte e quatro horas após o parto. Logo, confirma-se o período neonatal como sendo de extrema importância.

A UTIN configura-se como um ambiente tecnológico, onde os avanços e intervenções profissionais voltam-se principalmente para a recuperação do bebê (Silva *et al.*, 2009). A UTIN é benéfica em termos de recuperar ou estabelecer o equilíbrio biológico dos bebês, todavia é um ambiente físico e psicologicamente agressivo o suficiente para afetar esse equilíbrio (Calles *et al.*, 2017). Ou seja, embora a UTIN possa parecer um local ideal para o tratamento dos pacientes graves, esta também parece ser um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes de um hospital (Vila & Rossi, 2002). O internamento em UTIN introduz o bebê a um ambiente inóspito, caracterizado por estímulos nociceptivos, estresse e dor frequentes, bem como os procedimentos clínicos invasivos constantes nessa rotina.

Para Lemos e Rossi (2002), a grande movimentação de pessoas e o barulho dos equipamentos numa UTIN contribuem para essa situação, que compromete o paciente, a família e os profissionais que atuam. Os equipamentos incluem iluminação artificial, ar condicionado e uma vasta quantidade de aparelhos sofisticados que, por vezes, são ruidosos. Tais fatores tendem a originar estresse nos envolvidos. Entretanto, os recém-nascidos passam por uma difícil transição de um ambiente intrauterino totalmente protetor para um ambiente extra-útero onde são expostos a estímulos dolorosos e estressantes, que levam a danos ao seu organismo, como também afetam negativamente a sua genitora e familiares.

O tratamento altamente especializado, do qual depende a sobrevivência do bebê, instaura, assim, vários desafios à criança/família e aos colaboradores. Os vínculos familiares são desafiadores pois os pais podem sentir-se amedrontados ou "culpados" pela situação e julgarem-se incapazes de oferecer cuidados parentais (Lamego *et al.*, 2005). Além da ansiedade e do medo do desconhecido, a depressão, a confusão, a alteração do sono e a diminuição do rendimento surgem como algumas das dificuldades vivenciadas pelos pais. A literatura (e.g., Almeida *et al.*, 2013; Lamego *et al.*, 2005), refere ainda, o estresse, a ansiedade dos pais devido a separação do filho, a percepção do sofrimento deste, a impotência para o fazer minorar, o sentimento de culpa relativamente ao seu estado de saúde, ou o medo e as preocupações associados à sua sobrevivência e ao impacto da doença no futuro. O facto de algumas funções como o cuidado, a assistência e acompanhamento esperados pelos pais passarem a ter que ser

assumidas/compartilhadas com profissionais de saúde poderá ser também gerador de mal-estar entre os pais (Almeida, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) – Departamento de Neonatologia, as UTIN devem obedecer a uma série de requisitos para seu pleno funcionamento. De acordo com o Documento Científico (2010) deste departamento as instituições devem realizar o atendimento à mãe e ao recém-nascido com procedimentos humanizados, inclusive que abranjam o relacionamento familiar. Não cabe aqui ressaltar as normas técnicas e os padrões específicos que cada uma dessas áreas deve cumprir, já que não é o objeto do estudo. Entretanto, apontamos a complexidade que envolve o setor. Ressaltamos as recomendações da SBP que visam valorizar a humanização do espaço, incluindo medidas que garantam o conforto térmico, luminoso e sonoro no setor. O Ministério da Saúde, através da Portaria N° 930 (de 10 de maio de 2012), regulamenta que as UTIN devem cumprir requisitos de humanização, tais como: controle de ruído, controle de iluminação, climatização, iluminação natural (para as novas unidades), garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e a permanência da mãe ou pai, garantia de visita programada dos familiares, assim como garantia de informação da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipa médica, no mínimo uma vez ao dia.

Para Carpenter e Carpenter (2003), o ideal é que seja mantido um equilíbrio entre as necessidades dos doentes e a dos profissionais, de modo a não intervir na assistência e segurança de ambas as partes. Esses autores mencionam algumas medidas para amenizar os efeitos do ambiente de cuidados intensivos, as quais são aplicáveis ao ambiente neonatal:

- Acesso à luz natural, para permitir acompanhar o ciclo circadiano (dia e noite);
- Iluminação individualizada nos leitos, com ajuste de intensidade regulável, o que auxilia para a realização de procedimentos na beira do leito;
- Visualização de elementos vegetais (plantas), o que permite suavizar o ambiente;
- Uso de cores claras nas paredes e mobiliários;
- Utilização de televisores e rádios, para utilização personalizada;
- Central de monitorização (facilita o trabalho da equipa e permite maior segurança ao paciente);
- Painel informativo (tanto para as famílias e visitantes, bem como para a equipa, que pode ser um local de acesso reservado).

São medidas que além de interferirem no bem-estar dos pacientes, também contribuem para minimizar o estresse dos familiares e da equipa.

As primeiras ações relativas ao processo de humanização do segmento materno-infantil no Brasil surgem desde os anos 1980, quando já havia movimentos para a humanização do parto e do nascimento. Em 1995, a Sociedade Brasileira de Pediatria apresentou, na 27^a Assembleia Ordinária do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, as diretrizes das crianças e adolescentes hospitalizados. Posteriormente, transformado em Resolução N° 41, dispõe o seguinte: “não ser separado de sua mãe ao nascer, ter direito a receber aleitamento materno sem restrição e o direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos” (Silva *et al.*, 2005).

Nos anos 2000, as UTIN historicamente são pioneiras com o método “Mãe Canguru”, no setor da assistência materno infantil, com o cuidado ao recém-nato pré-termo e de extremo baixo peso ao nascer. Esse método de assistência humanizada foi originalmente proposto pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá na Colômbia, na década de 70 e foi o marco inicial para a introdução das ações de humanização em UTIN. O Método Canguru, considerado um exemplo de boa prática na implementação do modelo de cuidado humanizado no campo neonatal (Oliveira *et al.*, 2006), consiste em colocar o bebê em contato pele a pele com a sua mãe (OMS, 2004). Foi com o objetivo de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal que o Ministério da Saúde do Brasil o adotou como uma política nacional de saúde, inserido no contexto da humanização neonatal (Silva *et al.*, 2005).

A iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, estratégia lançada pela OMS onde o aleitamento materno é promovido e apoiado no âmbito hospitalar é outro marco que afirma como as UTIN estão buscando treinar as equipas a fim de aprimorar o vínculo com a família e o paciente.

Segundo a Portaria N° 930 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), no Capítulo I, são diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

- o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos;
- promoção da equidade;
- integralidade da assistência;
- atenção multiprofissional,
- atenção humanizada e

- estímulo a participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Segundo o Professor Osswald (2014), os cuidados de saúde atualmente prestados são de boa qualidade, ministrados por profissionais competentes, em condições técnicas e institucionais satisfatórias. Entretanto, embora a humanização seja peça fundamental, o sistema de saúde não está nem completa, nem sistematicamente humanizado. Uma observação bastante pertinente feita por este autor é de que a maioria das queixas não é por erro profissionais e sim relacionadas com a deficiente acessibilidade à saúde ou a inadequada relação intersubjetiva do doente que se sente ofendido, menosprezado quando confrontado com a instituição ou o profissional que a corporiza.

2.3. Cultura organizacional e organizações de saúde

2.3.1. O conceito e as dimensões da cultura organizacional

Andrade (2014) ressalta a importância do comportamento organizacional como ciência que estuda e investiga o impacto que as pessoas, o grupo e a estrutura têm no desempenho das organizações. Consequentemente, esse estudo pode aumentar a eficiência e a eficácia das organizações. A relevância da cultura no desempenho da organização não pode deixar de ser estudada como variável, podendo ser um fator de diferenciação entre as organizações mais bem-sucedidas, i.e., uma vantagem competitiva.

Há múltiplas propostas de definição do conceito de cultura. Em contexto organizacional, a cultura oferece, mediante as suas várias manifestações, uma perspectiva inovadora para a compreensão das atuações e atributos particulares de cada organização, pelo que, no limite, poderá ser adotada como uma ferramenta de gestão (Barbosa, 2003). Apesar da sua complexidade, a maior parte das pessoas tem uma noção do que é cultura, considerando normalmente que esta se refere ao modo de ver o mundo, como os valores se relacionam e quais as prioridades da vida (de Souza, 2017).

Para Kotter e Heskett (1992, p.4) a cultura é "a totalidade dos padrões de comportamento, artes, crenças, instituições e todos os outros produtos do trabalho humano e características do pensamento de uma comunidade ou população, transmitidos socialmente."

Entre os vários conceitos de cultura, um dos mais ricos é o que Edgard Schein, pesquisador na área do desenvolvimento organizacional, adota. Para este autor, a cultura é a base da organização. Citado por Barbosa (2003, p.13), Schein (1985, p.9) define cultura organizacional como:

o padrão de pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender a lidar com seus problemas de adaptação externa e de integração interna, e que funcionaram suficientemente bem para serem considerados válidos e, portanto, para serem ensinados aos novos membros como sendo o modelo correto de perceber, pensar e sentir em relação a esses mesmos problemas.

Desta definição, sobressaem três níveis de análise:

- Nível dos artefactos e padrões de comportamento (visível, mas nem sempre decifrável).
- Nível dos valores (acessível a um conhecimento consciente).
- Nível de pressupostos básicos (tidos por invisíveis, subconscientes, indiscutíveis).

Os artefactos são o resultado de normas culturais, valores e pressupostos básicos. Os artefactos são o nível mais superficial da cultura e referem-se aos aspetos visíveis, os facilmente disponíveis numa organização. É o ambiente construído pela organização, a sua arquitetura, o *layout*, a maneira dos colaboradores se vestirem, os padrões de comportamento e documentos. Os valores são princípios sociais e padronizados adotados por uma dada cultura. Constituem a base para estabelecer juízos. A identificação dos valores representa o nível manifesto da sua cultura, expressando apenas o que as pessoas consideram ser a razão do seu comportamento. As normas estão estritamente ligadas aos valores. As crenças e os pressupostos básicos representam o que os membros acreditam ser aquilo que influencia o que pensam e o que sentem (Almeida *et al.*, 2013; Rocha, 2010). Esses elementos manifestam-se pelas crenças compartilhadas pelos indivíduos e grupos e se refletem nos hábitos organizacionais e no comportamento dos trabalhadores. Compreendidos como um conjunto de valores e práticas que caracterizam o núcleo central da organização, representam uma importante ferramenta. Para Schein (2009), é a procura de pressupostos básicos inerentes a uma dada cultura organizacional que permite conhecer verdadeiramente esta cultura.

Já Rousseau (1990) propôs o modelo segundo o qual os principais elementos da cultura estão dispostos em “camadas”, que variam ao longo de um contínuo de subjetividade e acessibilidade e se inter-relacionam. O autor estabelece a seguinte ordem, a partir do elemento mais visível para o mais profundo: artefactos, padrões de comportamento, normas comportamentais, valores e pressuposições fundamentais (Figura 1).

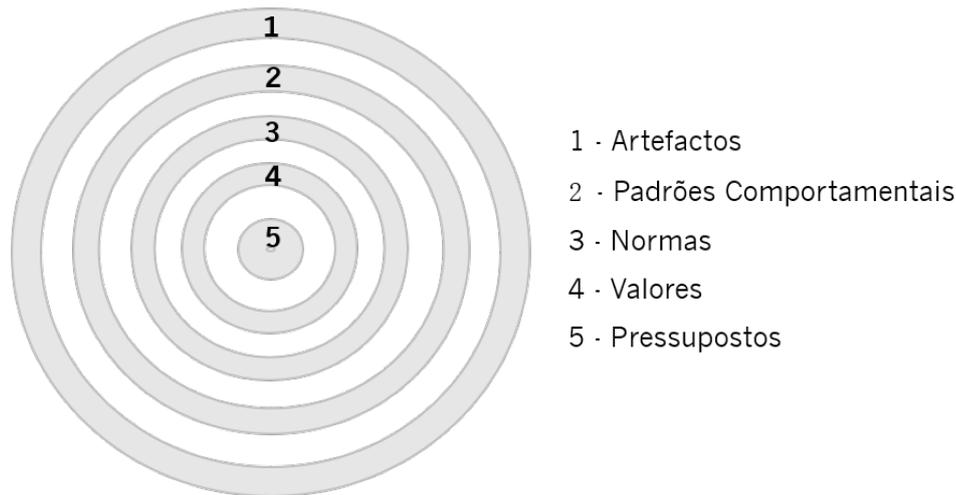


Figura 1: Componentes da Cultura Organizacional, adaptado de Cunha et al. (2016)

Segundo Hofstede (1991), a cultura é a programação coletiva da mente, determinando a identidade do grupo do mesmo modo que a personalidade determina a identidade do indivíduo. A cultura distingue os membros de um grupo ou categoria de pessoas face a outro. Para este autor, a cultura é uma rede complexa de normas, valores, atitudes e crenças características de um grupo específico. O modelo de Hofstede é composto por 4 dimensões: símbolos, heróis, rituais e valores, sendo que as três primeiras constituem a prática dessa cultura. Os símbolos são a face mais externa, facilmente vistos, são mais superficiais, como por exemplo, figuras, imagens, objetos, palavras e gestos. Os heróis são pessoas (vivas ou falecidas, reais ou imaginárias) que servem como modelo, corporizam os valores e as ideias da cultura. Os heróis servem para personificar e personalizar a cultura. Os rituais são as rotinas, com uma determinada periodicidade, que guiam, orientam os comportamentos dos membros de uma determinada cultura. É através dos rituais que os valores e os comportamentos são transmitidos. Os valores já são a dimensão mais interna e, portanto, mais difíceis de serem percebidos, pelo que provavelmente só são vistos e reconhecidos por membros dessa cultura (Andrade, 2014).

Kroeber e Kluckhohn (1952) afirmam que o núcleo central da cultura é composto por ideias tradicionais e, principalmente, pelos valores a ela associados, sendo que os sistemas culturais, apesar de baseados nas ações passadas, são também condicionadores de ações futuras. A cultura de um grupo forma-se à medida que ele luta para entender e lidar com o seu mundo (Shein, 2009). Sendo assim, a cultura é o produto da aprendizagem e do conhecimento acumulado pelo grupo. Para autores como Hofstede *et al.* (2010), a cultura organizacional (CO) caracteriza-se pelas experiências, crenças e valores dos indivíduos e pode ser passada de geração para geração, sendo difundida através de processos de socialização e aculturação sob influência

direta dos fundadores, líderes e das situações contingenciais. Neste processo, Shein (2009), acrescenta o papel do líder, que impõe suas visões, metas, crenças, valores pessoais a um grupo e determina como as coisas devem acontecer. Bastos (2001) acrescenta que a cultura não deve ser vista como uma variável estática, justamente por ser influenciada por diversos intervenientes sociais vividos pelos membros da organização.

Segundo Robbins (2006), a CO compreende várias fases: a fase inicial é quando o fundador e os líderes do grupo implementam um conjunto de valores, crenças e pressupostos básicos. A missão, os objetivos e as estratégias da organização são comunicados ao grupo. A segunda fase é quando o grupo, já com certa estabilidade, partilha as experiências e vivências ao nível organizacional e passa a assumir um papel mais ativo na resolução de problemas. Neste nível, os pressupostos começam a formar-se mais como uma base consensual do que por imposição do fundador. A terceira fase é quando a organização atingiu um certo grau de maturidade, com a cultura já definida. A resolução dos problemas cotidianos da organização baseia-se nos pressupostos básicos. Estes pressupostos serão então, transmitidos aos novos elementos da organização, como uma receita de sucesso. Já a quarta e última fase representa a entrada de novos elementos na organização.

Novais (2013) cita Chatman e Cha (2003), para referir a importância da cultura organizacional estar intimamente relacionada com a estratégia da empresa para esta ser eficaz. Os funcionários devem entender bem quais são os objetivos estratégicos e as normas pelas quais podem ser alcançados com sucesso. A cultura é algo tão importante como a estratégia e a estrutura organizacional, já que a atividade organizacional assenta em um conjunto de normas e valores comuns, que guiam o comportamento global num sentido crescente de eficiência e eficácia dos processos de trabalho. A forma como a organização reage às mudanças é fortemente influenciada pelo processo da sua implementação, devendo-se levar em consideração as normas, costumes e hábitos da organização (Carapeto & Fonseca, 2006).

Smircich (1983) propôs uma distinção entre duas principais tendências de estudo: uma perspectiva funcionalista, que trata a cultura como “aquilo que a organização tem”, enfoca a cultura como variável que pode ser gerenciada (dependente ou independente, interna ou externa). A segunda tendência, refere-se aos estudos que tratam a cultura como um fenômeno, como “algo que a organização é”, ou seja, a cultura como raiz metafórica da organização. Já Almeida *et al.* (2013) tratam essa abordagem distinguindo a cultura como conteúdo e a cultura como processo.

O paradigma da cultura como conteúdo considera a organização "como tendo uma cultura" e na abordagem da cultura como processo é considerado a organização "como sendo uma cultura".

Andrade (2014) associa a criação e o desenvolvimento de uma "cultura forte" como coesão e sentimento de pertença. Um grupo será tanto mais coeso quanto mais cada um dos seus elementos quiser e desejar pertencer a esse mesmo grupo. Para o autor é determinante criar valores, rituais, heróis e símbolos para desta forma criar uma identidade e promover a coesão interna. Segundo Almeida *et al.* (2013), a cultura organizacional promove uma identidade coletiva nos membros da organização e o sentido de compromisso, propiciando, também, aos seus membros uma maneira de atribuir sentido ao cotidiano da organização. A cultura também pode ser vista como um filtro de controlo social, através do qual a organização define a realidade com a qual os seus membros irão viver (Almeida *et al.*, 2013). Todavia, os mesmos autores também abordam as implicações disfuncionais da CO, como, por exemplo, a criação de barreiras à mudança. No caso de uma cultura "forte", tal pode levar a uma rigidez na organização, dificultando ou impedindo mudanças para alcançar uma nova condição. Outra disfunção apontada é a criação de conflitos dentro da organização em resultado de subculturas muito coesas que acabam por desenvolver valores suficientemente distintos e separar os subgrupos dentro da organização.

A importância do estudo da CO é salientada na aplicação de uma gama de problemas e práticas de gestão, sendo importante para compreensão. A CO ajuda a explicar as atitudes e comportamentos das organizações, permitindo por exemplo, compreender e prever o efeito de estratégias ou a razão para determinadas decisões de gestão (Ferreira, 2001). Segundo Cunha *et al.* (2014) há razões que justificam a continuação dos estudos ao nível da cultura organizacional, nomeadamente: (i) a necessidade de articular as práticas da organização com os valores da população; (ii) a possibilidade de gerir e controlar o comportamento em contexto organizacional; (iii) a necessidade de garantir continuidade histórica; e (iv) a gestão de identificação dos indivíduos com a organização.

2.3.2. Cultura organizacional em contexto hospitalar

As organizações são sistemas de pessoas que se associam para realizar propósitos, mediante estruturas e funções, através de processos, no contexto humano, inter-organizacional e social em continuidade temporal. É essa interação entre o propósito organizacional e pessoal (e também coletivo), que vai modelar os cursos de ação, os processos organizacionais (Pereira,

1999). Tal envolve o modo como vão estabelecer relações entre pessoas e recursos disponíveis, tendo em vista os objetivos que a empresa como um todo se propõe atingir (Teixeira, 1998).

Num hospital, o cuidado recebido por um paciente resulta da conjugação do trabalho de vários profissionais. Ou seja, resulta de um grande número de vários pequenos cuidados parciais, que se completam entre si, explícita ou implicitamente, a partir da interação de vários cuidadores que operam no hospital. Pode-se dizer, então, que os cuidados em saúde resultam de uma trama complexa de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes. A integralidade da atenção produzida irá depender de uma maior ou menor articulação das práticas dos trabalhadores em saúde (Feurwerker & Cecílio, 2007).

As instituições que prestam serviço de saúde possuem algumas características específicas que irão refletir na sua gestão. Primeiramente, lidam com valores únicos, como vida, morte, saúde, sofrimento e bem-estar. São organizações “diferentes” em suas missões, nos recursos que mobilizam (humanos e tecnologia dura), nos processos, na produção, nos resultados e na envolvimento externa (Bernardino, 2017). Além disso, o hospital é uma organização complexa, cujo processo de trabalho e de atenção aos usuários depende da conjugação de saberes de diferentes profissionais (Feurwerker & Cecílio, 2007).

Segundo Mintzberg (2004), à medida que a organização se torna mais complexa, tornam-se necessários mais gestores e, conseqüentemente, gera-se uma hierarquia de autoridade. E, à medida que os processos se tornam mais elaborados, a organização volta-se mais para a estandardização. Ora, a literatura (Leone *et al.*, 2014) considera as organizações de saúde como sendo das mais complexas em resultado da diversidade dos serviços, da variedade de profissionais com competências distintas, da ocorrência de vários processos simultaneamente, e pela necessidade de uma abordagem holística. A organização hospitalar incorpora o avanço tecnológico, conhecimentos e aptidões, empregando um elevado número de profissionais especializados e com habilidades técnicas diversificadas (Feurwerker & Cecílio, 2007; Ruthes *et al.*, 2007). Na área da saúde não observamos a substituição dos trabalhadores por equipamentos como em outras áreas, mas sim o aumento da capacidade em diagnosticar e tratar, bem como o aumento das expectativas dos utentes em relação à qualidade dos serviços prestados e da própria relação entre estes e os profissionais, levando a um novo cenário. O facto de possuir um conjunto de finalidades distintas como assistência, ensino e pesquisa, acaba por levar a diferentes formas de gerenciar.

No contexto do trabalho em saúde, a cultura caracteriza-se como um sistema complexo que abrange linguagens e códigos, sendo importante compreender as características individuais, a formação profissional do indivíduo, as práticas da instituição e as ações inerentes a cada profissão, considerando a intersecção entre indivíduos e organizações (Carvalho *et al.*, 2013).

O corpo de funcionários não é formado só por médicos ou só enfermeiros, mas por uma variada gama de profissionais (e.g., terapeutas, administradores, funcionários de limpeza, manutenção, engenharia, marketing, etc.). E por isso, é comum haver conflitos entre as diferentes culturas organizacionais existentes na organização (Santos, 2007). Paralelamente, os profissionais de saúde adquirem uma identidade individual que traz implicações a questão ética, em relação entre as categorias profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), além da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Na grande maioria dos textos analisados, é evidenciada a visão dos enfermeiros ou psicólogos. Entretanto, Santos (2007) aborda o papel do médico, que devido à sua posição lidera um "grupo de poder". Mesmo que não tenha autoridade efetiva, é geralmente um grupo que tem prestígio e poder no hospital, sendo muitas vezes considerado como o detentor do conhecimento necessário para a execução da função básica do hospital: o atendimento ao paciente. Cultura, poder e identidade estão fortemente relacionados.

Para Bastos (2001) e Santos (2007), não existe uma cultura única nas organizações de saúde, podendo ser identificadas subculturas como, por exemplo a subcultura do pessoal administrativo e a subcultura do *staff* médico. Assim, a organização hospitalar apresenta uma estrutura constituída por diversos profissionais que possuem um conjunto de crenças, valores, ideias e comportamentos próprios e às vezes divergentes e conflitantes.

Carvalho *et al.* (2013) desenvolveu um estudo que sobressai a relação existente entre CO e o modelo de gestão e de organização em saúde. Também Leone *et al.* (2014) sugerem que há evidências que a CO pode ser um fator muito relevante para o desempenho das organizações de saúde. Segundo Santos (2007), a noção de cultura no contexto das organizações de saúde possibilita a integração de aspetos subjetivos e simbólicos voltados para o gerenciamento estratégico, podendo assim, traçar políticas adequadas para a melhoria do atendimento. Por sua vez, Glickman *et al.* (2007) indicam que a CO nas instituições de saúde pode ajudar a criar a responsabilidade pela melhoria da qualidade em todos os níveis, desde o gerenciamento de nível superior até os cuidadores individuais. Neste sentido, entendemos o estudo da cultura

organizacional de uma instituição de saúde como relevante para conhecer e compreender os valores e práticas que fomentam ou, pelo contrário, prejudicam o cuidado humanizado.

3. Metodologia

Seguidamente, apresentam-se a problemática de investigação e seus objetivos, bem como as opções metodológicas, o modo como se deu a recolha dos dados, a caracterização da instituição e da amostra do estudo.

3.1. Problemática da investigação e objetivos do estudo

O tema da investigação incide sobre a humanização em uma unidade de saúde de neonatologia e suas implicações na cultura organizacional, a partir da perspectiva dos colaboradores que compõe a equipa multidisciplinar da instituição escolhida. Mezommo (2001) afirma que a humanização muda os paradigmas da gestão, uma vez que possibilita aos profissionais uma participação mais efetiva, inclusive nos processos decisórios, na definição de tarefas e na construção de projetos concorrentes à sua esfera de ação. Segundo Pinochet e Galvão (2010), os hospitais vêm assumindo uma nova postura de valorizar o ser humano, que é o foco primário da instituição de saúde. Para estas autoras, cabe ao gestor moderno procurar adaptar-se às novas tendências no mercado de saúde, buscando práticas de humanização hospitalar.

Posto isso, o problema da investigação consiste em compreender como os valores e práticas organizacionais podem contribuir ou penalizar a humanização no hospital. Quais os principais fatores que contribuem para a implementação do cuidado humanizado nesta unidade. Além disso, também se pretende perceber como os colaboradores lidam com a humanização no seu cotidiano. O problema de investigação envolve, ainda, a identificação de medidas já executadas e as que até o presente momento não foram implementadas pela organização, bem como as recomendações dos colaboradores referentes a esse tópico. Atendendo à problemática em causa e à revisão da literatura realizada, em concreto, pretende-se conhecer as perceções dos colaboradores sobre:

- Como se caracteriza a humanização e como esta é aplicada ao seu ambiente de trabalho.
- As expectativas dos profissionais de uma equipa de saúde relativamente a humanização hospitalar (ideias) e associar o impacto da intervenção atual no seu contexto de trabalho (consequências).

- Como se definem as relações interprofissionais e entre profissionais e familiares dos pacientes nesse ambiente.
- Que estratégias o hospital adotou em relação à humanização.
- Que medidas devem ser adotadas pela organização no sentido de fomentar a humanização.
- Identificar medidas recomendadas pelos colaboradores através das quais a organização poderá melhorar as práticas de humanização e, conseqüentemente, aumentar a satisfação dos colaboradores e usuários da unidade hospitalar em questão.

3.2. Opções metodológicas

Esta investigação visa analisar a cultura organizacional de uma UTIN e a sua relação com a gestão humanizada, sob o ponto de vista dos colaboradores que compõe a equipa multidisciplinar. A investigação desenvolvida enquadra-se no paradigma fenomenológico, pois visa desvendar e analisar as ações e os comportamentos a partir da própria referência de cada indivíduo. Segundo Sutton e Austin (2015), a fenomenologia concentra-se em entender como seres humanos experimentam seu mundo, concedendo a oportunidade de os pesquisadores colocarem-se no lugar de outra pessoa e entenderem as experiências subjetivas dos participantes.

Trata-se, ainda, de uma pesquisa de natureza qualitativa, uma vez que tem o intuito de explorar a profundidade do tema, visando-se a compreensão de diferentes percepções, valores e comportamentos de um determinado grupo, no caso, os colaboradores envolvidos na UTIN da organização em questão. Para Sutton e Austin (2015) o papel do investigador na pesquisa qualitativa consiste em procurar ascender aos pensamentos e sentimentos dos participantes do estudo. Segundo Fortin (2009), o investigador emprega o método de investigação qualitativo com o objetivo de obter uma compreensão ampla e profunda do fenômeno em estudo. Denzin e Lincoln (1994) realçam que as pesquisas qualitativas estudam as coisas em seu contexto natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que os indivíduos lhes atribuem. Também os educadores Bogdan e Biklen (2013) pontuam que os pesquisadores qualitativos procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem significados.

De acordo com Turato (2005), o interesse e a realização de pesquisas qualitativas têm sido crescentes no campo da saúde. Para Sofaer (1999), estas caracterizam-se por descrever e analisar interações complexas, nomeadamente entre pacientes, famílias e clínicos, bem como entre os grupos profissionais e as organizações.

O presente estudo é um estudo de caso, uma vez que analisou um setor específico de uma organização hospitalar, procurando examinar um fenómeno dentro do seu contexto, no presente momento (Yin, 2015).

Pretende-se a obtenção da descrição das vivências e experiências relativas à prática profissional, relativamente às condições de trabalho atuais e de como estas interagem com a política de humanização da organização. Portanto, trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva quanto ao objetivo, a fim de aproximar-nos dos conceitos que envolvem humanização na UTIN, na opinião dos diversos colaboradores.

3.3. Recolha de dados e amostragem

No presente estudo, a recolha de dados primários foi feita através de entrevistas individuais, semiestruturadas, com o grupo de profissionais pertencentes a organização e que atuam diretamente com os utentes internados e suas respectivas famílias. Segundo Bryman e Bell (2011), a entrevista é o meio mais utilizado em uma pesquisa qualitativa, pela ênfase na formulação de ideias e nas perspectivas dos entrevistados. Na entrevista semiestruturada, o modo como o entrevistado enquadra e entende as questões é muito relevante para explicar os acontecimentos, padrões e formas de comportamento. Desta forma, o investigador tem mais liberdade para conduzir a conversa de acordo com o modo como as respostas surgem, bem como alterar a ordem inicial definida das questões (Tong, *et al.*, 2007).

Encontramos na literatura muitos dados relacionados com a humanização na assistência dos profissionais de enfermagem e psicologia. Segundo Moreira *et al.* (2015), 40% das publicações relacionadas com a humanização são na área da psicologia, 33% na área da enfermagem, por médicos apenas 11% e o restante por assistente sociais (8%), terapia da fala (4%) e medicina dentária (4%). No nosso estudo, espera-se oferecer um contributo particular ao abordar a questão do ponto de vista de uma equipa multidisciplinar. Todos os subgrupos foram devidamente representados (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas,

psicólogos e assistentes administrativos). Desta forma, pretendeu-se recolher diferentes visões em função da área profissional, especificidade das funções, bem como seu contexto de atuação.

Os critérios para a inclusão no estudo foram: ser membro da equipa multidisciplinar, que tenha contacto direto com pacientes/familiares e ter experiência mínima de 3 anos em UTIN na organização. Foi utilizado um guião (Apêndice 1) com temas pré-estabelecidos para as entrevistas de acordo com o objetivo do estudo e a revisão da literatura. O guião ofereceu maior liberdade para conduzir as respostas e permitiu a alteração da ordem inicial das questões propostas, de acordo com a participação de cada entrevistado.

Segundo Turato (2005), o método qualitativo de pesquisa caracteriza-se por uma amostra de poucos sujeitos, que sejam representantes característicos de uma certa subpopulação. O número de sujeitos é definido em campo. Para Minayo (2013), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma amostragem adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Para definir o número de entrevistados foi utilizado o princípio da saturação, que consiste em entrevistar participantes e interromper a captação de novos componentes quando o(a) pesquisador(a) considera que os dados obtidos passaram a apresentar certa redundância ou tornaram-se repetitivos (Fontanella, *et al.*, 2008). Na presente investigação, esses critérios foram atingidos com a realização de 24 entrevistas. A técnica de amostragem escolhida foi não aleatória, uma vez que pretendeu-se escolher pelo menos um profissional de cada categoria que compõe a equipa multidisciplinar.

O agendamento das entrevistas foi feito de acordo com a disponibilidade de cada profissional. As entrevistas foram realizadas por meio de um software que permite a comunicação através de voz e vídeo pela internet (Skype), entre os dias 26 de novembro de 2019 à 6 de janeiro de 2020. O tempo de duração das entrevistas variou entre 16 e 50 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas por um sistema de áudio, após a explicação dos objetivos do estudo e o consentimento dos entrevistados, que foram informados verbalmente sobre a confidencialidade das informações e que não sofreriam nenhum tipo de influência no seu papel profissional. Na apresentação e discussão dos resultados foram atribuídos nomes próprios de origem anglo-saxônica a fim de manter o anonimato dos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas de modo integral.

O objetivo da análise de conteúdo é fornecer conhecimento e compreensão do fenômeno em estudo (Hsieh & Shannon, 2005). O conteúdo das entrevistas foi analisado de modo indutivo

pela pesquisadora e submetido a discussão com base nos contributos da literatura relevante. De acordo com Sutton e Austin (2015), o processo de recolha de dados em um estudo qualitativo irá gerar um grande número de dados. Portanto, cabe ao pesquisador analisá-los, gerenciá-los e o mais importante, ser fiel aos participantes.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas emergiram 2 categorias temáticas centrais: (i) condições de trabalho e elementos da cultura da organizacional e (ii) humanização na organização e as respetivas dimensões de análise.

3.4. Caracterização da organização e da amostra

A instituição estudada é um hospital geral privado, localizado na região sudeste do Brasil, sendo considerado uma unidade de referência na região onde está inserido. Existe há mais de 30 anos, tem como foco principal seus pacientes, acompanhantes e familiares. Presta um atendimento de qualidade, já tendo sido certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que é o órgão responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde. Atualmente, o hospital é gerido por um grupo norte-americano de saúde e integra uma rede hospitalar no Brasil.

O hospital oferece leitos em enfermarias, quartos privados, Unidades de Cuidados Intensivos para adultos e crianças, além de centro cirúrgico e conta com maternidade de alto risco. Por este último facto, possui uma Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (escolhida para o estudo). No momento, a Unidade de Cuidados Intensivos tem 7 leitos neonatais e 3 leitos pediátricos, que funcionam no mesmo espaço físico.

A equipa multidisciplinar da UTIN (aquela que permeia todo o atendimento) é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (que correspondem aos assistentes operacionais em Portugal), fisioterapeutas e secretários de clínica (assistentes administrativos). Ainda participam psicólogos, fonoaudiólogos (terapeutas da fala) e nutricionistas, que são colaboradores comuns para todo o hospital e não exclusivos da unidade de neonatologia.

A escolha desta instituição decorreu da maior acessibilidade da colheita de dados pela investigadora, aliada ao facto deste hospital ter uma equipa multidisciplinar completa. Consideramos, também, que pelo facto deste hospital ser uma referência na atenção a recém-nascidos prematuros de alto risco, destaca-se como um campo adequado para o estudo da humanização em UTIN.

As 24 entrevistas realizadas contemplaram os seguintes profissionais: 2 secretários de clínica, 5 fisioterapeutas pediátricos, 5 médicos pediatras com especialização em neonatologia, 3 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 1 psicólogo. Os entrevistados são 22 colaboradores do sexo feminino e 2 do sexo masculino. O regime de trabalho dos colaboradores varia de acordo com a profissão e o cargo que ocupam. A maioria trabalha em regime de escala (i.e., por turnos, segundo designação em Portugal) previamente definida pelos gestores, enquanto outros indivíduos fazem parte da “rotina” hospitalar, trabalhando de 2^a à 6^a feira, nomeadamente as chefias. Todos os participantes estão há mais de três anos na organização, chegando a ter colaboradores que estão no hospital desde a sua fundação. A Tabela 2 apresenta a caracterização dos entrevistados.

Tabela 2: Caracterização da amostra do estudo

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA						
Nome	Sexo	Profissão	Antiguidade na profissão	Antiguidade na organização	Jornada de Trabalho Horas/Semana	Único emprego
Emmy	Feminino	Assistente Adm	10 anos	10 anos	48	Sim
Felicity	Feminino	Assistente Adm	12 anos	12 anos	48	Sim
Alice	Feminino	Fisioterapeuta	17 anos	15 anos	30	Não
Rebecca	Feminino	Fisioterapeuta	10 anos	10 anos	30	Sim
Monica	Feminino	Fisioterapeuta	10 anos	5 anos	30	Não
Graice	Feminino	Fisioterapeuta	5 anos	5 anos	30	Não
Rachel	Feminino	Fisioterapeuta	16 anos	13 anos	30	Não
Samantha	Feminino	Psicólogo	19 anos	15 anos	30	Não
Shirley	Feminino	Médico	30 anos	30 anos	18	Não
Barbara	Feminino	Médico	8 anos	6 anos	30	Não
Roberty	Masculino	Médico	24 anos	10 anos	18	Não
Justin	Masculino	Médico	8 anos	8 anos	30	Não
Caroline	Feminino	Médico	33 anos	30 anos	42	Não
Agatha	Feminino	Enfermeiro	20 anos	25 anos	40	Não
Stephanie	Feminino	Enfermeiro	25 anos	15 anos	48	Sim
Anne	Feminino	Enfermeiro	22 anos	22 anos	30	Não
Elizabeth	Feminino	Tec. Enfermagem	10 anos	8 anos	48	Sim
Amelie	Feminino	Tec. Enfermagem	9 anos	7 anos	48	Sim
Sarah	Feminino	Tec. Enfermagem	10 anos	7 anos	48	Não
Chloe	Feminino	Tec. Enfermagem	30 anos	20 anos	48	Sim
Lily	Feminino	Tec. Enfermagem	17 anos	12 anos	48	Sim
Violete	Feminino	Tec. Enfermagem	14 anos	10 anos	48	Sim
Daisy	Feminino	Tec. Enfermagem	11 anos	3 anos	48	Sim
Mia	Feminino	Tec. Enfermagem	9 anos	8 anos	48	Sim

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo iremos proceder à análise e discussão dos resultados. Primeiramente, procedeu-se a leitura do material obtido através das entrevistas. A partir da ordenação dos discursos de acordo com os temas, emergiram as categorias e subcategorias temáticas. Separamos em duas categorias temáticas - (i) condições de trabalho e elementos da cultura da organização e (ii) humanização na organização - e respetivas dimensões de análise, construídas a partir da revisão da literatura e dos dados fornecidos através das entrevistas.

4.1. As condições de trabalho e os elementos da cultura organizacional

Neste subcapítulo abordaremos o trabalho na organização hospitalar, segundo os entrevistados. As perceções dos participantes, tanto positivas, quanto negativas mostram-se bastante diversificadas, como sintetiza a Tabela 3. Estas perceções sobressaem aspetos da cultura organizacional, incidindo sobre a existência ou lacuna de artefactos (e.g., local de trabalho adequado), valores organizacionais (e.g., inovação, honestidade, compromisso), e práticas organizacionais (e.g., excesso de protocolos/burocracia, baixa remuneração, assim como atributos que caracterizam os relacionamentos pessoais).

Tabela 3: Caracterização da amostra do estudo

CATEGORIA TEMÁTICA - AVALIAÇÃO DO TRABALHO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Fatores positivos	Evolução do recém-nascido	Emmy, Felicity, Alice, Rebecca, Monica, Rachel, Shirley, Barbara, Robert, Justin, Caroline, Agatha, Stephanie, Anne, Elizabeth, Amelie, Sarah, Chloe, Violet, Lily
	Reconhecimento profissional	Rebecca, Barbara e Samantha
	Satisfação pessoal	Emmy, Shirley, Barbara, Justin, Caroline, Stephanie, Anne, Elizabeth, Amelie, Sarah, Chloe, Violet, Greice, Dayse, Samantha, Mia
	Local de trabalho adequado	Robert
	Participação da equipa multidisciplinar de trabalho	Robert, Justin, Caroline, Monica, Lily, Mia

CATEGORIA TEMÁTICA - AVALIAÇÃO DO TRABALHO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Desafios e problemas	Óbito	Felicity, Anne, Sarah, Dayse, Lily, Shirley Barbara, Justin, Monica, Rachel
	Internação prolongada	Anne, Justin
	Conflitos no relacionamento equipa x família	Agatha, Anne, Justin, Alice, Rebecca
	Falta de material / insumos	Emmy, Felicity, Anne, Chloe, Gracie
	Excesso de protocolos / burocracia	Emmy, Amelie, Violet
	Sobrecarga de trabalho	Chloe, Amelie, Monica, Samantha
	Jornada de trabalho árdua	Agatha, Elisabeth, Amelie, Chloe, Sara, Violet, Mia, Lily, Gracie, Monica, Justin, Robert, Barbara
	Baixa remuneração	Alice, Rebecca, Gracie, Agatha, Anne, Chloe, Robert
	Falta de reconhecimento profissional	Robert, Caroline, Chloe
	Conflitos com a equipa	Elisabeth, Stephanie, Sarah, Rachel, Caroline, Samantha
	Efeitos negativos dos avanços tecnológicos	Caroline
	Dificuldades de implementar humanização	Rebecca, Rachel, Shirley, Caroline
	Falta lactário adequado	Barbara, Shirley, Justin
	Inovação	Caroline, Shirley, Anne
	Qualidade de atendimento	Robert
	Honestidade	Shirley
Compromisso	Rebecca, Barbara, Dayse	
Respeito	Anne	

Continuação da Tabela 3

De um modo geral, todos os entrevistados, independentemente da categoria profissional, demonstram a importância do seu contributo dentro da UTIN. Parecem satisfeitos profissionalmente e pessoalmente com o trabalho que realizam dentro da organização, mesmo que a sua opinião seja oposta no que respeita às recompensas monetárias. Os participantes chamam atenção não só do atendimento ao recém-nascido, como o da família também. Reconhecem a necessidade de tratar o binómio família x bebé, já que a família participa ativamente do processo de internamento.

É maravilhoso, a gente ter o foco nos recém-nascidos, fazer a entrega deles para os pais no momento de alta. A questão é que nós não cuidamos só do recém-nascido, mas de toda a família, você cuida do pai, da mãe... para a gente é uma oportunidade ímpar. (Agatha)

Segundo Amaral e Calegari (2016) a família é elemento fundamental no processo de hospitalização da criança. Reconhecer a sua percepção sobre a assistência possibilita que os profissionais forneçam atendimento com um enfoque humano, digno, ético e colaborativo, estabelecendo assim, um bom relacionamento com os familiares.

4.1.1. Os fatores positivos

Os entrevistados afirmam que o principal fator positivo do trabalho na UTIN é acompanhar a evolução satisfatória dos recém-nascidos gravemente enfermos, na maioria dos casos. O principal objetivo do trabalho dos colaboradores de uma unidade intensiva é o momento da alta hospitalar e, quando possível, a redução das sequelas para a vida deste paciente.

O que estimula a gente é ver que cada dia mais conseguimos salvar bebês cada vez menores e mais doentes, com situações mais críticas. É entregar para a família, entregar uma criança saudável. Então, a gente ter vencido esse desafio da prematuridade extrema. (Justin)

No presente estudo, verifica-se a mesma perspectiva que a literatura. Segundo de Souza e Ferreira (2010) a principal fonte de prazer do trabalho hospitalar, sob o ponto de vista dos profissionais, é a alta hospitalar, por tratar de forma completa o investimento da produção de cuidados em saúde. A alta está relacionada à expressão do trabalho bem-sucedido no qual o objetivo de manter o bebê vivo foi alcançado. Quando o paciente sai da hospitalização sem sequelas ou deficiências é grande o grau de satisfação dos profissionais. A alta é a materialização de um resultado que exigiu intenso esforço da equipa.

Outros fatores positivos citados pelos participantes foram o reconhecimento profissional, a satisfação pessoal, o facto de o local de trabalho apresentar condições adequadas e ao facto da equipa multidisciplinar ser completa, com integrantes das diversas categorias profissionais envolvidas.

Acho que o que movimenta qualquer profissional da área da saúde é o amor pelo que faz. E estar cuidando de um outro serzinho, que não sabe de nada, não sabe nem porque está ali, é muito gratificante. (Chloe)

Eu amo o que eu faço. A empresa não é ruim, o salário não é bom, mas é que eu gosto de fazer. Faço o que eu gosto, não posso nem falar que dá vontade de chorar. Eu amo trabalhar com paciente grave. (Stephanie)

Eu acho que a gente tem boas condições de trabalho, de equipamentos, a gente tem pessoal, a gente tem uma rotina que é presente. A gente tem os especialistas, que às vezes podem até demorar, mas que vão. Temos uma equipe(a) de fisioterapia no plantão. Então acho que isso facilita muito, na verdade. Eu acho que poder trabalhar num local que tenha condições de trabalho adequadas facilita muito, faz toda a diferença. (Robert)

Segundo Santos (2000) a cultura organizacional é um dos principais elementos organizacionais que pode impulsionar um alto nível de desempenho. Podemos avaliar no presente estudo a existência de práticas e valores, relacionados ao modo como os colaboradores executam suas competências, que demonstram espírito de colaboração, dedicação e profissionalismo, contribuindo para o alcance das metas na organização.

4.1.2. Os problemas e desafios

O presente subcapítulo relaciona-se com os principais desafios ou problemas encontrados pelos colaboradores entrevistados na prática da assistência de modo humanizado, os quais podem prejudicar a satisfação no trabalho.

O principal objetivo do trabalho em Neonatologia é a recuperação do pequeno paciente, contudo nem sempre isso é viável. Os participantes entendem que o óbito faz parte do cotidiano profissional, entretanto não deixa de ser um fator negativo do trabalho. Por outro lado, mesmo quando a alta é alcançada o paciente pode permanecer com sequelas irreversíveis.

Quando dá errado. Um óbito, porque a gente quer que todos saiam bem. (Felicity)

O que desestimula é ver que a tecnologia muitas vezes permite a sobrevivência de bebês, que antes não sobreviveriam, mas com muitas sequelas. E nenhuma família deseja isso, ninguém pensa em ter um filho com sequelas, seja ela auditiva, visão, motora... (Caroline)

O óbito pode gerar a sensação de trabalho inacabado ou malsucedido. Um trabalho interrompido pela morte afeta a missão deste grupo profissional. Considerado um “produto negativo” dentro do processo de trabalho, os óbitos são fonte de sofrimento tanto para as famílias, mas também de angústia para os profissionais (Souza & Ferreira, 2010).

A inovação tecnológica é considerada um ponto muito controverso. Apesar de possibilitar a sobrevivência de prematuros mais graves, alguns colaboradores questionam a qualidade de vida que esses bebês possam ter devido a possíveis sequelas. A humanização é vista como um desafio no trabalho dos profissionais de saúde, como revela a seguinte citação:

Acho que o maior desafio é a humanização, não agredir os bebês com tantos estímulos doloroso, exames, procedimentos e aparelhos. E conscientizar a equipe(a) disso. (Caroline)

Foram destacados pelos participantes as dificuldades de relacionamento entre os membros da equipa multidisciplinar e da equipa com os familiares, principalmente durante os internamentos prolongados, os quais são comuns em unidades de neonatologia.

Hoje o maior problema é esbarrar em questões de humanização, como por exemplo a questão do colo. É uma questão que não depende só da gente. A gente esbarra em outros profissionais como a enfermagem, o acesso venoso (punção de uma veia para administração de medicamentos) ... Eu acho que esse é o maior problema hoje. A gente tenta fazer o melhor possível, mas não depende só da fisioterapia." (Rebecca)

Acho que o grande desafio são as internações prolongadas. A família fica muito aflita. Então, desde o início a gente tem que educar, ensinar aos pais como se portar num ambiente de unidade intensiva. E isso é difícil. (Anne)

O que a gente tem de maior desafio é essa questão da família, do lidar com a família, com a angústia da família [...] eu acho que o grande papel da rotina é esse. Você tem que ter a paciência de explicar a mesma coisa cinco ou dez vezes, quantas vezes forem necessárias, porque a fragilidade da família, não permite que ela compreenda o que é dito [...] A atenção e a paciência são muito importantes. (Justin)

Também foram mencionados como fatores negativos as questões pertinentes à organização como falta de material e insumos, o facto do lactário está funcionando no momento de modo inadequado, o excesso de protocolos e burocracia como, por exemplo, para buscar um medicamento na farmácia central do hospital.

O maior problema aqui é falta de material na farmácia [...] Tem faltas [de produtos] que infelizmente são demoradas para a farmácia resolver. Tem medicamentos aqui que são considerados "não padrão" e nós sabemos que são de uso corriqueiro, por exemplo, um colchão casca de ovo. Isso é um problema porque se a criança é de mínimo manuseio, a enfermagem e a fisio [fisioterapia] estão trabalhando a criança juntas, pedem para colocar um colchão casca de ovo. Para o colchão chegar até a equipe(a), o médico tem que prescrever, fazer um documento não padrão, eu tenho que pegar esse documento, levar na farmácia, para eles me darem o produto. E isso demora muito. (Emmy)

A gente tem dificuldade em relação ao lactário, que é uma coisa que a mãe pode ajudar em relação ao seu bebê, que é fazer a ordenha do leite para oferecer. A gente tem muita dificuldade. Agora estamos há 4 meses sem lactário, aqui, porque está em obras. (Barbara)

Por fim, os entrevistados realçam fatores relacionados ao trabalho, como sobrecarga de trabalho, a jornada de trabalho exaustiva, falta de reconhecimento profissional e baixos salários.

O que me desestimula [...] é a questão do médico hoje em dia ser muito pouco valorizado. [...] Eu acho que falta um pouco, acima de tudo, de consideração com o médico. Afinal de contas somos, a porta de entrada do hospital. O paciente vai ao hospital para procurar o médico. Então, eu acho que hoje em dia o que me desestimula é isso. É ser pouco valorizado desde o paciente, que muitos não dão o devido valor, [até] a direção mesmo. (Robert)

Zaher (2005) cita que nem sempre é possível humanizar, ou realizar o cuidado devido a aspetos como a sobrecarga do trabalho, a sobrecarga da responsabilidade diante do sofrimento humano, o número elevado de pacientes a serem assistidos, as poucas condições de trabalho, assim como os escassos recursos humanos e materiais.

A jornada de trabalho é motivo de destaque negativo principalmente entre os médicos e os profissionais de enfermagem. Os médicos frequentemente necessitam ter outros empregos no sector público, em outros hospitais privados, além dos atendimentos em seus consultórios. Alegam ter baixos salários, e por isso, a necessidade de terem muitos empregos. Já os profissionais de enfermagem, pontuam uma escala extremamente exaustiva, que os impedem na maioria dos casos de conciliar com outros empregos. Os técnicos de enfermagem possuem uma escala de trabalho de 12 horas e folgam 36 horas. E ressaltam ainda, que consideram injusto terem a mesma jornada que outros colegas da mesma organização que não trabalham em unidades de tratamento intensivo e, portanto, são menos sobrecarregados.

A minha carga horária semanal é de 30 horas semanais nesse hospital. Ainda sou rotina em outro hospital (público). No total são 60 a 70 horas semanais. Isso presencial, fora o sobreaviso. Eu acho que já está na hora de diminuir. (Justin)

Para ser sincera é uma jornada de trabalho péssima. Porque dependendo como está o setor, leva a exaustão. Às vezes você não consegue sentar, não consegue desenvolver bem o seu trabalho. Você chega em casa cansada e tem os afazeres da casa, conciliar isso... Eu acho muito cansativo, que poderia ser uma escala melhor. Então, eu acho que essa carga horária poderia ser melhor para quem trabalha em UTI. (Amelie)

Embora sejamos uma UTI pequena, são pacientes complexos, passamos horas na beira do leito, puncionando, coleta de exames, prestando cuidados, muitas vezes temos que colocar o bebê no colo quando o quadro clínico favorece. À noite a família não permanece. Então, acho que merecemos uma escala mais justa. (Daisy)

Quanto a remuneração, os colaboradores acreditam que podem ser mais adequadamente remunerados devido à responsabilidade das funções que desempenham.

O que desestimula é a parte financeira porque a gente não tem uma remuneração adequada e as incertezas dos serviços. (Rebecca)

Eu acho que, particularmente, a gente trabalha muito. Infelizmente as condições do nosso país fazem com que a gente tenha que ter vários empregos, diferente de outros países mais desenvolvidos. Eu queria trabalhar menos, essa é a minha avaliação. Mas, nesse momento isso não é possível. (Robert)

A valorização do profissional financeiramente. Isso não é tudo. Mas, ele precisa ganhar financeiramente bem para ele manter a sua família, sem precisar trabalhar em dois lugares, ficar fora de casa 24 horas. Eu acho que isso é primordial.” (Chloe)

As afirmações dos entrevistados vão ao encontro da literatura. De acordo com Hennington (2008), para a humanizar a assistência é preciso humanizar a sua produção. Há pouco estímulo à inclusão e à valorização dos profissionais de saúde. As condições estruturais de trabalho, refletidas na figura de um trabalhador quase sempre mal remunerado, pouco incentivado e sujeito a carga considerável de trabalho, dificultam a instauração de políticas humanizadoras.

No cenário laboral, ao nível da equipa de trabalho também são mencionadas algumas dificuldades, como podemos perceber na citação:

No meu trabalho hoje a maior dificuldade é a equipe(a). Tem muita gente entrando despreparada. A própria organização não dá tempo para a pessoa aprender a rotina, ver como é o trabalho. Então eu tenho que passar o tempo todo vigiando essa pessoa. (Stephanie)

Segundo Vegro *et al.* (2016) a baixa satisfação no trabalho pode ser indicador de quando o indivíduo deixa de vivenciar boas experiências em sua organização e passa a ter sentimentos negativos no trabalho. Tal pode, assim, provocar insatisfação e desmotivação no trabalho à medida que as suas necessidades e competências são comprometidas, impedindo o crescimento profissional e afetando a qualidade dos cuidados.

No presente estudo abordamos o conhecimento dos valores do hospital e sua relação com a humanização. Cinco participantes desconhecem os valores da organização, mesmo eles estando descritos no verso dos crachás usados por esses colaboradores.

Entre os participantes que conhecem os valores da organização, são considerados como mais importantes para a humanização a integridade, a compaixão, a qualidade do atendimento, a honestidade, o comprometimento e o respeito.

Eu vou ficar com a compaixão. A gente sempre tem que se colocar no lugar do outro. (Emmy)

Compaixão e integridade. A integridade, porque a gente tem o compliance, então realmente a gente tem que trabalhar com a questão da integridade. E a compaixão porque a gente trabalha com muitas ações, então a gente tem que ter um bom trabalho com a questão da humanização. (Agatha)

Contudo, o comprometimento embora seja visto como presente na organização, ainda é considerado como um desafio, visto que nem todos os colaboradores concordam com os colegas frente a esta situação.

O facto da gente não ter uma equipe(a) tão coesa. Sempre estamos esbarrando em outras situações, como equipe(a) médica, equipe(a) de enfermagem, fono [fonoaudiologia]. Talvez o não comprometimento de todo mundo, como deveria ser. (Rebecca)

O respeito é um outro ponto de conflito, principalmente entre as categorias profissionais que muitas vezes esbarram na existência de diferentes percepções sobre o que é competência e responsabilidade de cada colaborador.

O maior desafio que a gente tem é a questão da tomada de decisão, o cuidado do paciente e a gente ainda encontra muita barreira em relação equipe(a) de enfermagem versus médico. Eles [médicos] não conseguem aceitar essa questão. É o maior desafio a gente conquistar esse espaço. É muito difícil, porque tem a questão do ego, tem a questão do corporativismo... (Agatha)

Essas citações vão de encontro ao descrito na literatura. Assim como no estudo de Silva e Moreira (2015) que demonstra um descontentamento relacionado a falta de entrosamento e colaboração entre alguns colegas. Os participantes referiram profissionais não comprometidos entre os colegas de trabalho e dificuldades entre a equipa médica e enfermagem.

Segundo Vegro *et al.* (2016) no contexto das organizações de saúde, a CO assume caráter especialmente complexo, dada a variedade de categorias profissionais envolvidas na produção da assistência à saúde. Cada qual pode apresentar o seu processo histórico e cultural específico, objetivos diferenciados e suas próprias microculturas. Isto fica evidente quando os colaboradores relatam as dificuldades entre as diferentes categorias profissionais existentes na equipa multidisciplinar.

4.1.3. Relacionamentos no contexto organizacional

Neste subcapítulo analisamos os relacionamentos no ambiente de trabalho, do ponto de vista dos participantes, em relação às famílias dos doentes, aos colegas de trabalho e às chefias. Também abordamos o sentimento de pertença à equipa de trabalho. Os resultados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: *Relacionamentos em contexto organizacional*

CATEGORIA TEMÁTICA - RELACIONAMENTOS EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Famílias dos pacientes	Empatia	Alice, Rebecca, Gracie, Monica, Rachel, Elisabeth, Daisy, Lily, Mia
	Solidariedade	Anne, Chloe, Sarah
	Acolhimento	Emmy, Felicity, Agatha, Stephanie, Sarah, Violet, Samantha, Barbara, Justin
	Compreensão	Elisabeth, Amelie, Chloe, Shirley, Barbara, Caroline, Robert
Chefias da organização	Confiança	Alice, Rachel, Emmy, Barbara, Lily, Sarah, Samantha
	Valorização	Emmy, Rachel, Agatha, Elisabeth
	Justiça	Rebecca, Daisy, Lily
	Acessibilidade	Elisabeth, Stephanie, Sarah, Dayse, Gracie
	Cumplicidade	Felicity, Rebecca, Gracie, Monica, Stephanie, Anne, Elisabeth, Sarah, Lily, Mia, Barbara
	Presença	Amelie, Lily, Robert, Justin
	Custos	Caroline
Colegas de equipa	Cumplicidade	Emmy, Agatha, Stephanie, Mia, Gracie, Monica, Justin, Samantha
	Respeito	Rebecca, Stephanie, Daisy, Robert
	União	Emmy, Felicity, Gracie, Violet, Mia
	Familiaridade	Alice, Amelie, Chloe
	Antiguidade	Alice, Agatha, Anne, Amelie, Chloe, Violet, Lily, Barbara
	Conflitos	Alice, Rebecca, Rachel, Anne, Elisabeth, Sarah
	Corporativismo	Agatha, Anne, Rebecca, Alice
Pertença a equipa	Acesso à Informações	Felicity, Alice, Rebecca, Rachel, Gracie, Monica, Agatha, Anne, Stephanie, Elisabeth, Amelie, Chloe, Violet, Daisy, Lily, Mia, Barbara, Shirley, Robert, Justin, Samantha
	Respeito	Emmy, Alice, Gracie, Monica, Daisy, Lily, Shirley, Robert, Caroline
	Acolhimento	Agatha, Barbara, Justin
	Valorização de opinião	Alice, Rebecca, Gracie, Monica, Rachel, Barbara, Justin, Anne, Stephanie, Elisabeth, Amelie, Chloe, Lily, Samantha
	União	Justin, Agatha, Stephanie, Violet, Mia
	Respeito	Emmy, Alice, Gracie, Monica, Daisy, Lily, Shirley, Robert, Caroline

Apesar de muitas vezes o relacionamento com as famílias ser considerado como uma dificuldade em potencial, todos os participantes alegaram ter bom relacionamento com os familiares. Entre os motivos destacados como facilitador deste relacionamento estão a empatia, o acolhimento às famílias, a solidariedade e a compreensão da situação vivida. Os profissionais também destacam a importância de uma comunicação assente na franqueza com a família, mesmo nos momentos mais difíceis e a necessidade de ter experiência para saber como abordá-las nos momentos delicados.

Quando estou na UTIN sempre me coloco no lugar das pessoas que estão passando por aquela situação. Sou solidária mesmo [...] tenho um bom relacionamento com as famílias, respeito muito, sou muito solidária. (Anne)

É sempre bom. Sempre procurando entender o outro lado. Não é fácil deixar uma parte sua sob cuidados de quem você não conhece, com pessoas que você nunca viu na vida e acreditar que vai ficar tudo bem... (Amelie)

O meu relacionamento é bom com as famílias. Eu acho que pelo fato de eu fazer rotina em dois hospitais, o aprendizado é muito grande em relação a isso. Eu acho que consigo, cada dia mais, porque a gente vai ficando mais experiente, fica melhor a relação. (Justin)

Eu tento ser franca com a família, mas sem agredir. Não adianta iludir, não adianta dizer que está bem, que não é grave se a realidade é outra. É nossa obrigação dizer a verdade. (Caroline)

É visível na organização a valorização dos relacionamentos interpessoais, mantendo assim, relações amigáveis entre colaboradores e pacientes (no caso específico da UTIN, com os familiares dos pacientes).

O estudo promovido por Lamego, *et al.* (2005) corrobora a importância do acolhimento. O entendimento de que um bebê não existe fora do seu contexto familiar, tem mudado as relações dentro das unidades de neonatologia. Por isso, a forma de receber um bebê é tão importante. As unidades de neonatologia brasileiras têm sofrido transformações a fim de ampliar os cuidados para incluir as famílias. Segundo Gaíva e Scochi (2005) o acolhimento é entendido como o processo de receber e atender os membros da família, procurando integrá-los ao ambiente. O acolher deve envolver tanto a ação física, quanto a afetiva.

Segundo Almeida, Cunha e Moraes (2016) promover um ambiente acolhedor, tocar o outro, colocar-se a disposição para ouvir a família são estratégias que devem ser desenvolvidas para amenizar o sofrimento dos pais. Os autores acreditam que o envolvimento dos profissionais com os pais durante a internação é fulcral. Esse envolvimento irá depender da interação entre o

núcleo familiar e a equipa, da dinâmica de cada família e do tempo de permanência do neonato na unidade.

Um aspeto negativo apontado por ambas as secretárias da clínica, deve-se ao facto da criação do CAF (Centro de Apoio às Famílias) uma vez que elas passaram a ter um contato reduzido com as famílias, distanciando-as. As questões relacionadas ao internamento e aos seguros de saúde são abordadas agora, por este novo departamento.

Quanto ao relacionamento com as chefias, a maioria dos participantes considera que tem um bom relacionamento. Apenas uma participante refere ter um relacionamento complicado com a chefia e caracteriza essa dificuldade pelas reduções de custos [com medicamentos, procedimentos] impostas pela gerência.

Com chefias é sempre complicado. Principalmente quando falamos em custos.
(Caroline)

Os pontos positivos desse relacionamento devem-se a questões como confiança, valorização do colaborador, perceção de justiça, fácil acessibilidade, cumplicidade e a presença das chefias. Verificamos, assim, que a organização valoriza, em sua prática de relacionamentos interpessoais, a liberdade de acesso aos chefes imediatos.

É muito bom, é um relacionamento de confiança, já são muitos anos aqui. A gente confia muito nela e ela na gente. Escuta muito a nossa opinião. (Alice)

Com minha chefia eu posso dizer que eu tenho um bom relacionamento. Como qualquer chefia, uma hora ela vai te chamar, te dar o feedback do que eu estou fazendo. Às vezes é uma coisa que eu não estou conseguindo [...] E, para mim, isso é muito bom, porque eu levo isso pra minha vida toda. Me faz crescer, é uma troca. A gente tem um bom relacionamento. (Elizabeth)

Extraordinário! O nosso gestor atual investe pesado na gente. Ele só não faz mais porque ele não tem condições. A relação da gente é muito profissional, excelente.
(Agatha)

Segundo Lucena e Oliveira (2010), podemos comparar as chefias aos heróis, uma vez que Hofstede abordou os chefes imediatos como modelos a serem seguidos pelos demais colaboradores.

No que diz respeito ao relacionamento com os colegas de trabalho, a maioria dos participantes alega ter um bom relacionamento com a equipa. Entre os motivos facilitadores da relação entre os membros da equipa estão a cumplicidade, o respeito, a união do grupo (que por diversas vezes foi comparado a um relacionamento familiar), a familiaridade e a antiguidade na organização. Alguns entrevistados admitem que há alguns conflitos entre os membros da equipa.

Entre os pontos que dificultam essa relação estão o corporativismo, a falta de comprometimento de alguns colegas e a dificuldade com membros de outras equipas do hospital em estudo.

Aqui a gente é uma família. (Alice)

O relacionamento é ótimo. Eu entendo que está todo mundo no mesmo barco, está todo mundo na mesma situação. Todo mundo está na situação de longas horas de trabalho e uma remuneração não tão boa. Não vou dizer que todos, mas de um modo geral, todas as equipes(as) em que eu trabalho demonstram ter muito amor pelo que fazem. E quando as pessoas trabalham assim, quando funcionam assim, fica mais fácil... (Gracie)

Porque um paciente só vai embora para casa se o trabalho da equipa for bem feito, se cada um fizer o seu papel. (Sarah)

Acho que são profissionais que não se comprometem, que vem para cá cansados, não se entregam. E como estão cansados não resolvem as coisas, deixam tudo para amanhã... Porque acaba me sobrecarregando. (Barbara)

Os empregados, de um modo geral, relacionam-se como uma família, demonstram dedicação e espírito colaborativo, sendo assim, modelos a serem seguidos. Segundo Lucena e Oliveira (2010), a CO tem diferentes funções em uma organização. Uma delas, por exemplo, é definir os papéis de cada integrante da equipa, facilitando o compromisso dos indivíduos. Outra função é garantir a integração interna dos membros e a adaptação da organização ao meio em que está inserida.

Calegari, Massarollo e Santos (2015) revelam a importância da equipa multidisciplinar para a humanização da assistência. Segundo os autores, é preciso atuação conjunta da equipa multiprofissional diante das intervenções necessárias com os pacientes e familiares. Destacam ainda, a necessidade de integração desses profissionais como um grupo articulado e coeso. Para um trabalho de equipa existir é necessário, além do “espírito de equipa”, o respeito mútuo entre cada membro, a fim de que cada um desempenhe o seu papel na sua área de responsabilidade, através da união de conhecimento, experiência e habilidades.

Conforme mencionado por Santos (2007) é comum haver conflitos entre as diferentes culturas profissionais existentes na organização hospitalar. Isso ocorre em virtude da formação da cultura profissional própria, com trajetória diversificada. Cada pessoa vem de uma instituição, tendo visões e experiências diferentes da que existe na organização em que trabalham.

Para Pinochet e Golvão (2010), a humanização é a busca de relacionamentos cada vez melhores, tanto dos funcionários entre si, quanto destes com a gestão, visando o atendimento

integral do paciente. Ou seja, é repensar práticas organizacionais buscando opções de atendimento e de trabalho que preserve o posicionamento ético no contato com as pessoas.

Todos os participantes alegam a existência de um sentimento de pertença à equipa, principalmente por terem acesso às informações consideradas relevantes sobre os pacientes e poderem opinar, bem como participar das questões relativas as condutas dos pacientes e mudanças a serem realizadas. A valorização profissional e da sua opinião, o facto de sentirem-se útil, acolhidos pela equipa, o respeito e a antiguidade na organização também fazem com que o colaborador tenha essa percepção. Aspetos como o sentimento de pertença à equipas estão associados a uma cultura organizacional considerada " forte" (Andrade, 2014).

Recentemente nós estávamos com um bebezinho com uma colostomia e com uma cistostomia. Então estava usando a bolsa e colocando gaze e aquilo estava sangrando. Então, eu dei a ideia de colocar um algodão com bastante Dersani e enfaixar com uma fralda, que melhoraria. E ia sangrar menos. Foi bem aceito. (Chloe)

Se eu acho que uma criança está mais grave, precisa ser intubada, precisa de um antibiótico em geral, a chefia dá atenção, valor a minha opinião. Acho que pela minha vivência, minha experiência de muitos anos trabalhando com isso. (Robert)

Para Pinochet e Galvão (2010) humanizar a assistência hospitalar implica dar lugar tanto à palavra do usuário, quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo.

O *round* (momento em que a equipa percorre a beira dos leitos para discussão dos casos clínicos e condutas a serem planeadas para cada paciente) é um momento de extrema relevância para que os colaboradores se sintam como parte da organização. Foi destacado por vários participantes como o momento em que se sentem ouvidos.

A equipe(a) me ouviu muito, aquilo que coloco no *round* é sempre levado em consideração. E dentro da minha função eu posso traçar junto com a equipe(a) o que é melhor para o paciente [...] na hora do *round*, o facto de estar todo mundo junto, de escutarem a minha opinião, respeitam as considerações que eu faço enquanto fisioterapeuta sobre aquele paciente. A minha opinião tem relevância. (Alice)

O facto de as informações importantes serem compartilhadas com toda a equipa – seja através do *round*, do acesso aos prontuários ou dos quadros de aviso onde as planilhas com metas, objetivos, número de internações, intercorrências (como uma infeção) são disponibilizados – é entendido como uma medida para o sucesso da equipa dentro da organização.

No final do mês, ou no começo, eles [gerência de enfermagem] nos passam tudo da gestão, todas as metas, todos os tipos de internamento, tempo de internamento, até coisas que a gente nem sabia, mas elas passam tudo para gente. (Lily)

Eu acho importante saber os resultados, saber onde erramos, onde acertamos e saber o que esperar. (Anne)

Segundo Vegro *et al.* (2016) e dos Santos (2007), quando um sujeito se sente pertencente a uma organização, cria-se uma identidade coletiva, conforme as características que a organização apresenta. Porém, no plano corporativo, os profissionais de saúde adquirem uma identidade individual que traz implicações na questão da ética profissional, em termos das relações entre as categorias da área de atuação à saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.).

Diferentemente da literatura, onde Silva e Moreira (2015) referem que os profissionais que estão mais próximos (fisicamente) dos bebês, mais positivamente tem o reconhecimento profissional pelo grupo, no presente estudo verificamos que mesmo os profissionais que não lidam diretamente com os recém-nascidos, sentem-se como pertencentes ao grupo e tem a sua importância reconhecida (por exemplo, secretários de clínica e psicólogo).

Assim, verificamos que as práticas organizacionais de promoção das relações interpessoais são valorizadas pelo hospital, existindo um bom relacionamento entre os colaboradores. Entretanto, percebemos a existência de algumas dificuldades no desenvolvimento do trabalho em equipa, uma vez que os conflitos fazem parte de uma cultura organizacional "forte". Percebemos então, que na cultura organizacional da instituição evidencia um compartilhamento das decisões e alguma preocupação com as necessidades dos trabalhadores por parte das chefias.

4.2. A humanização na organização

4.2.1. Definição de humanização

Essa dimensão emerge da caracterização efetuada pelos participantes sobre a humanização nos cuidados de uma UTIN. Assim como a literatura é abrangente sobre a definição do tema, muitos participantes encontraram dificuldades em expressar com clareza o que é a humanização nos cuidados hospitalares. Entretanto, as diferentes formas de perceber o termo não implicam uma dissociação de suas práticas profissionais. Seja através de definições ou exemplos práticos do cotidiano de uma UCIN, todos os pertencentes perceberam o significado da humanização na assistência, conforme indica a Tabela 5.

Para Pinochet e Galvão (2010), a humanização pode ser entendida como um valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana e abrange aspetos sociais, éticos, educacionais e psíquicos presentes nos relacionamentos humano. Segundo Luiz, Caregnato e da Costa (2017) não há uma definição única nem tampouco simples que permita assegurar exatamente como agir para ser humanizador. Para Moreira *et al.* (2015) o conceito de humanização é polissêmico e engloba inúmeros enunciados e é permeado por impressões. Entretanto, as formas de perceber a humanização podem ser compreendidas como um vínculo entre profissionais e usuários.

Tabela 5: Definição de cuidado humanizado

CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRENCIAS
Definição de cuidado humanizado	Empatia	Alice, Gracie, Emmy, Agatha, Amelie, Mia
	Conforto / Aconchego	Alice, Gracie, Justin, Amelie, Chloe, Violet
	Compaixão / Solidariedade	Rebecca, Stephanie, Anne
	Cuidado holístico	Emmy, Stephanie, Caroline, Rachel, Samantha
	Autonomia	Barbara, Robert, Monica, Elisabeth, Daisy, Lily
	Participação da família	Felicity, Shirley, Barbara, Rachel, Elisabeth, Amelie, Stephanie, Sara, Dayse, Lily, Mia
	Individualização do cuidado	Caroline, Robert, Agatha, Daisy
	Práticas como: ofuro, canguru/colo, redução de luminosidade e ruído	Anne, Elisabeth, Chloe, Lily, Sara, Robert, Monica, Rachel

Muitos colaboradores correlacionam a humanização a empatia, a solidariedade e a compaixão, assim como a capacidade de se colocar no lugar do doente/família, sentir os sentimentos, ter a percepção deles da situação vivida.

Significa tentar ter um pouco mais de compaixão, de solidariedade, tentar entender um pouco melhor o que é estar do outro lado da situação. (Rebecca)

É a gente se colocar no lugar do outro, levar em conta não só a questão física, mas também emocional. (Gracie)

Os entrevistados no presente estudo fornecem a mesma definição de humanização descrita por Calegari, Massarollo e dos Santos (2015), onde os participantes também correlacionaram humanização à empatia. Colocar-se no lugar do paciente (ou da família),

permitindo assim, oferecer uma melhor assistência. Para alguns profissionais, a humanização é tratar o paciente como se fosse uma pessoa da família, ou alguém querido, e tratá-los como gostariam de ser tratados.

É acolher o paciente e seus familiares com respeito, compreensão e acima de tudo dar o nosso melhor para o paciente como se fosse da nossa família. (Mia)

Alguns colaboradores, por terem filhos, identificam-se com a situação. Inclusive dois entrevistados tiveram filhos prematuros internados em unidade de terapia intensiva.

Ainda foram mencionados a promoção do conforto e atenuação do sofrimento como definição de cuidado humanizado.

O cuidado humanizado é tratar o paciente da melhor maneira possível “medicamente falando”, mas oferecer menos sofrimento, ou seja, mais conforto para tratamento. Não é só tratá-lo. É tratar e evitar que ele sofra mais do que precisa. Ou seja, medidas de prevenção de sofrimento. (Justin)

Para muitos profissionais a participação e o envolvimento da família nos cuidados são sinônimos de humanização.

Dar assistência, confortar os pais, humanizar também os pais, tranquilizando eles. (Sarah)

Quando há a possibilidade de a mãe participar do banho, deixar ela dar o banho, que é um prazer para ela. Ou deixar a mãe dar a mamadeira [biberão], auxiliar na sucção, quando o bebê pode ir ao peito (...). Às vezes o pai quer pegar, mas tem medo. Tem as mães que não querem dar para o pai segurar, a gente conversa, os dois acabam participando.... Do meu ponto de vista, isso é humanização, é a forma humanizada. (Elizabeth)

A literatura aponta para uma mudança na assistência aos bebês em unidades de terapia intensiva, com a crescente participação da família. Segundo Gaiva e Scochi (2005) o acolhimento aos pais desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que ocorram nesse período sejam melhor aceitas e o sofrimento dos pais minimizado. Ainda segundo essas autoras, a equipa deve estimular o encontro entre pais e bebês, de modo que os pais se sintam apoiados para fazerem a aproximação ao filho doente, quando sentirem-se preparados para tal.

Outro ponto abordado pelos participantes foi a individualização do cuidado do paciente e conseqüentemente uma forma de tornar o atendimento menos mecanizado ou repetitivo. Ainda, a importância de ter a pessoa (no caso o recém-nascido) como centro do cuidado e ter a visão holística do paciente.

Não padronizar o atendimento, o que é prioridade para um, não é para o outro. (Agatha)

Acho que a primeira coisa é ter em mente que estamos diante de gente e não de um órgão doente. É ter essa visão global do indivíduo. (Shirley)

Um olhar além da doença e da hospitalização. Olhar como um todo, a sua vida, seus desejos, as suas emoções. Entender o outro, ir além da hospitalização. (Samantha)

Segundo Moore (1999) a humanização significa que os cuidados de saúde devem estar, principalmente, relacionados com o ser humano na sua totalidade e não apenas como uma série de sintomas, doenças ou deficiências. Para Coelho (2000) é indispensável para a humanização dos cuidados uma atitude que tenha uma perspectiva holística da pessoa.

Entre os exemplos mais citados pelos participantes estão: o banho de ofuro (banho quente que caracteriza-se pela imersão em uma banheira apropriada Shantala), o colo e/ou a realização do Método Canguru (assistência onde o recém-nascido é colocado em contato com a pele da mãe ou do pai envolto por um pano) redução da luminosidade e do ruído dentro da UTIN, o aconchego do leito e o manuseio de modo gentil.

Alguns participantes também expressaram a preocupação em relação a humanização não só para os pacientes e as famílias, mas também para os profissionais da equipa.

Para mim humanização é o cuidado do paciente, da família do paciente envolvido e dos profissionais de saúde que estão lidando com ele também. Esse profissional precisa ser cuidado [...] E, na verdade, não vemos o cuidado com o profissional de saúde dentro das unidades. Eu vejo isso cada vez mais claramente. As pessoas estão ficando cada vez mais doentes porque o trabalho envolve coisas emocionais. (Shirley)

A autonomia para poder quebrar alguns protocolos, como a visita de um familiar, ou colocar um paciente grave no colo dos pais também foi colocada como uma prática a prestar no âmbito do cuidado humanizado.

É quando eu tenho a liberdade, quando eu pergunto se eu posso colocar esse bebê no colo da mãe, porque ele já tem tantos dias de nascido e nunca foi para o colo da mãe... Eu poder pegar aquele bebê, colocar no colo da mãe ou poder fazer um Canguru. (Elizabeth)

A própria PNH (Política Nacional de Humanização) fomenta a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores em saúde ao afirmar que:

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. (PNH, s/a; s/p)

Silva e Moreira (2015) referem que a realização dos trabalhos nos serviços de saúde requer uma relativa autonomia devido à imprevisibilidade que envolve o encontro do outro. Os autores valorizam a autonomia justamente para os casos singulares no cotidiano profissional.

4.2.2. Condições necessárias para a humanização

Essa dimensão reflete aquilo que os participantes percebem como relevante para que possam desempenhar o seu trabalho de modo mais humanizado, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6: Condições relevantes para a humanização

CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Condições relevantes para humanização	Sentimento de empatia / compaixão	Alice, Gracie, Rebecca, Barbara, Justin, Agatha, Anne, Dayse, Lyli
	Empenho da equipa	Rachel, Anne, Elisabeth, Amelie, Samantha
	Capacitação profissional	Monica, Robert, Elisabeth, Violet, Dayse
	Condições de trabalho adequadas	Stephanie, Anne, Lily, Shirley, Justin, Robert
	Redução da jornada de trabalho	Shirley, Stephanie, Chloe
	Melhores salários	Stephanie, Chloe
	Aumento de recursos humanos	Felicity, Sara, Violet
	Disponibilidade de recursos materiais	Emmy, Violet
	Cuidado holístico	Shirley, Caroline, Mia
	Espaço físico adequado	Sara

Cabe ressaltar que, no momento, o hospital sobre o qual incide a presente investigação passa por obras de remodelação e muitos participantes esperam que haja melhorias relacionadas com a questão física. Entretanto, devido a realização da obra já referida, o lactário está interditado e encontra-se funcionando de modo improvisado dentro de um quarto do hospital, o que causa grandes transtornos ao nível da humanização. O lactário é um local onde as mães podem realizar a ordenha do leite materno, com os cuidados necessários, num ambiente calmo e com privacidade.

A gente tem dificuldades em relação ao lactário, que é uma coisa que a mãe pode ajudar em relação ao seu bebê, que é fazer a ordenha do leite para oferecer. Agora estamos há 4 meses sem lactário aqui, porque está em obras. É muito ruim! (Barbara)

Outra questão abordada como sendo relevante para a melhor prática da humanização está relacionada com o número de colaboradores, nomeadamente de enfermagem, assim como a jornada de trabalho, os salários, os recursos materiais e as condições de trabalho adequadas.

Eu acho muito cansativo, sou rotina em dois hospitais. Trabalho todos os dias de sete às sete. E, ainda levo trabalho para casa, porque tem os sobreavisos. Eu acho que a gente é muito cobrada, o tempo todo. A gente é pessoa jurídica, então não pode faltar, não pode ficar em casa doente, não tem o direito de passar mal. Isso tudo é muito difícil. Somos cobrados de uma forma exagerada e não tão bem remunerados assim.” (Barbara)

A falta de material e de ter equipamentos adequados (...) quando falta algum material e temos que improvisar. É ruim! (Anne)

Ter mais gente, mais profissionais. Às vezes temos um técnico para 2, 3 pacientes. Então, eles não têm condições de fazer um trabalho mais individualizado. Se fossem menos pacientes, eles ficam menos sobrecarregados e podem dar mais atenção ao paciente. (Felicity)

Um grande problema destacado pelos colaboradores é a falta de conforto no estar, tanto médico, quanto no da enfermagem. Não há leitos para todos os funcionários e os técnicos de enfermagem precisam dormir no chão. A alimentação também é queixa recorrente dos participantes. Os funcionários não podem levar de casa ou comprar refeições/ lanches. São obrigados a comer a alimentação fornecida pelo hospital. E em caso de serem surpreendidos com alimentos de origem externa, são notificados.

A comida é horrível! A gente está comendo carne de porco desde o Natal. Eu mesma tive uma infecção, com vômitos, fiquei três dias afastada, por conta disso. A empresa que fornece a alimentação já foi trocada, mas não melhora. Acho que eles não pensam muito na gente. Várias pessoas da equipe(a) passam mal. A gente fica doze horas e tem que comer isso ou ficar com fome. Eu acho que aqui não se pensa muito no colaborador, não vem o funcionário como um ser humano. (Lily)

Eu trabalho em um hospital privado e tenho que levar a minha própria roupa de cama e não posso levar uma comida de casa (...) Eu acho que falta um pouco, acima de tudo, de consideração com o médico. (Robert)

Veja o exemplo do nosso descanso (...) A gente não tinha. Agora deram esse descanso, que foi um quarto desativado, mas o ar condicionado não funciona, são três beliches para muita gente. Então, tem gente que tem que dormir em colchões no chão. Muita gente num lugar fechado, que não é higienizado, que não tem boas condições. (Lily)

Alguns participantes ressaltam a importância de formação para melhor instruí-los sobre a humanização. Alegam que acabam por agir por experiência própria sem ter um referencial teórico.

As declarações dos participantes vão de encontro a literatura. Segundo Zaher (2005) nem sempre as condições de humanização se encontram presentes na atenção aos próprios funcionários e utentes. Quando se avalia algumas condições de trabalho em saúde, tais como a sobrecarga de trabalho, a jornada exaustiva, o deficit de recursos humanos e de materiais, associados a questões socioculturais, entre outras, compreende-se os problemas relativos à humanização no contexto de saúde não são pontuais. Para Moreira *et al.*, (2015) a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários.

Muitos participantes mencionam características como empatia, compaixão, empenho e motivação para a melhor prática da humanização no seu dia a dia.

Eu vou bater novamente nessa tecla, mas eu acho que principalmente a empatia, se colocar no lugar do outro e não se mecanizar. Não se automatizar no desempenho da função. Tratar cada paciente de modo individualizado. (Gracie)

4.2.3. Percepção da evolução da humanização na organização

Neste subcapítulo abordamos como os participantes avaliam a evolução da humanização dentro da organização ao longo dos anos e que medidas adotadas pela organização que possam ter afastando-a do cuidado humanizado, conforme a Tabela 7.

Tabela 7: Percepção da evolução da humanização

CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO			
DIMENSÕES DE ANÁLISE	SUBDIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Percepção da evolução da humanização	Medidas de afastamento	Preocupações, estatísticas e financeiras	Rebecca, Gracie, Rachel
		Excesso de protocolos e burocracia	Elisabeth, Amelie
		Horário de visita reduzido	Chloe, Daisy

	Estrutura física não adequada	Emmy, Alice, Gracie, Chloe,
	Condições impostas pela CCIH	Violet
Avaliação da situação presente	Não afastamento	Felicity, Monica, Agatha, Justin, Robert, Barbara, Caroline, Samantha, Mia
	Melhor	Emmy, Felicity, Alice, Rebecca, Monica, Rachel, Caroline, Barbara, Robert, Justin, Agatha, Stephanie, Anne, Elisabeth, Amelie, Chloe, Lily, Violet, Mia, Samantha
	Igual	Gracie
	Pior	Sara, Shirley

Continuação tabela 7

A grande maioria dos participantes (vinte e um) percebe que a humanização está a evoluir em sentido positivo, contudo de modo lento. Para dois participantes a humanização regrediu e para um entrevistado a humanização não sofreu mudanças evolutivas.

Aqui acho que já existia um afastamento e a gente está tentando contornar isso. Mas é tudo com muita negociação. A gente vai tentando... (Barbara)

Alguns profissionais (nove) também acreditam que a organização não se afastou da humanização e que tem procurado ajustar a qualidade do atendimento a humanização.

A evolução da humanização é percebida através dos novos protocolos das práticas profissionais, criação do CAF, melhorias na decoração, hotelaria e até mesmo medidas adotadas em outros setores, como a visita de animais de estimação de pacientes internados, embora esta não se aplica a UTIN. O que os participantes ressaltam é como estas práticas são implementadas lentamente.

Entre as dificuldades apontadas para a evolução da humanização no hospital foram mencionadas barreiras como a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) que dificulta o maior número de visitantes à UTIN.

Acho que a CCIH barra muitos os projetos, coisas simples que podem contribuir para a humanização como por exemplo, a questão das visitas. (Violet)

Entre as medidas tomadas pela organização que possam ter afastado-a da humanização, os participantes apontam as preocupações estatísticas (taxa de ocupação de leitos, rotatividade dos leitos, duração das internações), as questões financeiras relacionadas ao alto custo das

internações, privilégio da técnica em detrimento do cuidado humanizado, o excesso de protocolos e papéis a serem preenchidos pelos colaboradores, assim como as imposições da CCIH.

Devemos ressaltar que a humanização é um processo de transformação da cultura institucional, uma vez que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos pacientes e colaboradores, melhorando as condições de trabalho, a qualidade de atendimento, por meio da programação de ações que à competência técnica e tecnológica, agregando assim, o valor da dimensão subjetiva dos participantes (Pinochet & Galvão, 2010).

A percepção da humanização pelos sujeitos torna-se categoria ímpar por revelar diretamente a maneira preceptiva do profissional de saúde sobre o ambiente considerado de alta complexidade (Luiz et al., 2017).

Segundo Morgado *et al.* (2018), vários estudos têm demonstrado que o cumprimento de metas e indicadores, fruto da acreditação hospitalar, tornam os cuidados de saúde mais impessoais. O conteúdo mais evidente da desumanização é a transformação do doente num objeto, num número, a sua “coisificação” (Simões, 2008).

Aspectos desfavoráveis à humanização são lembrados como situações que distanciam os sujeitos, dificultando a formação do vínculo e da corresponsabilização (Luiz *et al.*, 2017).

4.2.4. Medidas práticas adotadas pela organização

Este subcapítulo trata das medidas que os participantes reconhecem como já tendo sido adotadas pela organização hospitalar no âmbito da humanização dos cuidados (Tabela 8). Os colaboradores reconhecem que algumas medidas estão em vigor, contudo a organização deve evoluir nessas práticas.

Tabela 8: Medidas práticas adotadas

CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Medidas práticas adotadas	Melhorias na estrutura física / hotelaria	Stephanie, Monica
	Redução de ruídos e luz	Anne, Stephanie, Mia, Chloe
	Alargamento do horário de visitas	Sara, Chloe
	Definição da visita dos avós	Emmy, Alice, Dayse

CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
	Criação do lactário	Elisabeth, Sara, Shirley, Justin, Rachel
	Criação do CAF	Emmy, Felicity, Justin, Caroline, Agatha
	Desenvolvimento de protocolos	Barbara, Robert, Justin, Caroline
	Individualização do atendimento	Agatha, Barbara
	Incentivo ao alojamento conjunto, amamentação, canguru, ofuro	Anne, Amelie, Violet, Monica
	Valorização profissional	Felicity, Elisabeth
	Aperfeiçoamento da comunicação não escrita	Gracie, Monica, Barbara, Justin, Robert, Shirley, Elisabeth, Chloe, Sara, Mia, Samantha
	Aperfeiçoamento da comunicação escrita	Emmy, Felicity, Rachel, Rebecca, Robert, Justin, Stephanie, Amelie, Sara, violet

Continuação da tabela 8

O fator humanização é um grande diferencial quando se fala em concorrência. A instituição que se preocupa com o bem-estar dos seus clientes, conquista a credibilidade da sociedade. Acredita-se que se a instituição trabalhar pontos essenciais para a implementação da humanização, atendendo plenamente todos os seus clientes (internos e externos) será melhor avaliada, gerando fidelização (Pinochet & Galvão, 2010).

Um ponto relatado por quatro participantes (Rebecca, Gracie, Rachel e Justin) e que vai de encontro a literatura (Souza & Ferreira, 2010), é a percepção de que as medidas são sugeridas pelos próprios colaboradores a partir da sua prática diária e as chefias acabam por incorporar estas medidas.

Eu acho que a humanização vem crescendo, mas na maioria das vezes parte de um profissional da assistência, que tem um ato e aquilo começa a ser valorizado, aquilo chama atenção até chegar na direção. Muitas das vezes a humanização não parte da direção, do topo e sim da assistência. (Rachel)

Os pontos positivos da estrutura física apontados por dois participantes são a decoração e as cortinas que separam os boxes.

Dentre as medidas práticas mencionadas pelos participantes estão o alargamento do horário de visita aos pais, o horário de visita aos avós em um determinado dia da semana, a criação do CAF, a criação do lactário com banco de leite (no momento sem funcionar), as mudanças na decoração, o desenvolvimento de protocolos como os de redução de estímulos dolorosos e os de redução dos ruídos e luminosidade, incentivo à práticas como aleitamento materno, realização do Método Canguru, banho de ofuro, uso da rede dentro das incubadoras e o incentivo a individualização do atendimento. Apenas dois colaboradores consideraram a estrutura física e hotelaria satisfatória.

O aumento do horário de visitas dos pais que antes era de 14 às 18H e agora é das 10 às 20 H. (Mia)

(...) agora existe o CAF, que é quem acolhe o paciente, tem o psicólogo, hoje é o CAF que faz isso. (Emmy)

Outra coisa que ajudou foi o Centro de Apoio ao Familiar (CAF), que é uma parte do hospital onde funcionários organizam as visitas dos familiares, absorvem queixas das famílias, então eles podem se sentir mais a vontade em fazer reclamações... então acho isso bem importante. (Justin)

(...) a questão do barulho foi muito trabalhada. Tentar reduzir o ruído, à noite reduzir o som dos alarmes, deixar o mínimo possível de monitor apitando, os boxes estão bem aconchegantes. Colocaram umas cortinas, que não impedem a nossa monitorização, mas dá um conforto para os pacientes, as mães têm as cadeiras, o hospital fornece tudo: lençol, cobertor, toalha de banho para eles. Eu acho que está bem humanizado. (Stephanie)

O lactário que temos hoje, que não tínhamos antes. É um lactário que está longe do ideal, mas pelo menos hoje a gente já consegue oferecer algumas dietas com leite materno, que a gente não conseguia há um tempo atrás. (Justin)

Outra coisa que melhorou foi o protocolo de dor. Então não se colhe mais sangue sem glicose, não se punciona mais uma criança sem glicose. Isso gera uma notificação se colher sangue sem glicose. São coisas novas, que tem menos de um ano de conquista. (Justin)

A gente trabalha sempre tentando promover o alojamento conjunto, quando a mãe pode ir até a UTIN. A gente tem a terapia da rede, que é humanização, tem a questão do ninho, do banho no balde (ofuro). Eu acho que é um hospital bem humanizado. (Monica)

A comunicação também foi considerada nesse subcapítulo como parte das medidas já implementadas para a humanização. Segundo Luiz *et al.* (2017), a comunicação, seja verbal ou não verbal, é tratada como um fator diferencial para o atendimento humanizado. Não há como

existir humanização se não houver uma comunicação efetiva e com mínimo de clareza. Para que haja uma boa interação não só entre os profissionais, mas entre os profissionais e os utentes, é fundamental o desenvolvimento de habilidades de modo a aplicar a comunicação em todas as práticas assistenciais e gerenciais. Segundo Pinochet e Galvão (2010), um dos meios de humanizar o atendimento passa pelo cuidado no modo como a notícia é transmitida às famílias.

A comunicação escrita foi reconhecida pelos participantes no desenvolvimento de cartilhas de orientações aos pais, fornecidas tanto no internamento hospitalar, quanto na alta, as orientações de ordenha do leite materno, as quais são entregues às mães, na identificação das incubadoras com o respetivo nome e a marca do pé do bebé, assim como na criação dos protocolos por escrito. Ainda foi ressaltada a importância de todos os documentos para a qualidade dos serviços prestados.

Quanto a comunicação não escrita (verbal), foram considerados relevantes pelos participantes o maior vínculo com os pais, que agora possuem mais oportunidades de perguntarem à equipa sobre as condições dos seus filhos, principalmente devido a presença da rotina médica de 7 às 19H (anteriormente permanecia até à tarde). A melhora da comunicação entre os membros da equipa e destes com outras equipas, nomeadamente a da maternidade. A implementação do “Café com Ideias” momento onde os funcionários podem participar das reuniões com os gestores para expressarem as opiniões, bem como sugestões. Assim como, a criação do CAF, que passa a ser o intermediário na comunicação com os pais nas questões relativas a problemas na internação, visitas, comunicação de óbito, entre outras.

Também foi destacado pelos profissionais como comunicação não escrita as medidas como atender com sorriso, identificar-se aos familiares e o manuseio (toque) dos recém-nascidos.

Acho que as orientações que são dadas, tanto oral ou escrita é outra coisa que acho bem importante. Elas são entregues por escrito e explicada oralmente para as mães (...) E o próprio contato diário com as famílias. Uma coisa que eu acho que positiva, é que a rotina fica em tempo integral, de manhã e à tarde. Então a gente consegue pegar os pais em horários diferentes. A rotina conversa diretamente com todas as famílias, porque a gente está aqui o dia todo. (Justin)

Eu já entro na UTIN, vou em cada box, já converso com eles (pais), abordo as mães na beira do leito, perguntando, até mesmo sobre as nossas práticas. Eu quero ouvir das mães, porque elas sabem o que é preciso para os filhos delas. Eu acho que isso já faz uma diferença. (Agatha)

Eu acho que uma coisa boa é colocar o nome nas incubadoras, o nome do bebê e não o nome da mãe. Tem aquela coisa do crachá, de estar sorrindo, de sempre dar um bom dia quando for se dirigir ao paciente com sorriso... isso já não deixa de ser humanização também, se identificar, se apresentar. (Robert)

De encontro à literatura (Senhora, 2007), quanto mais eficientes forem os canais de comunicação em um hospital, maior a capacidade de aprendizagem das culturas internas, e portanto, maior é o potencial de amplitude de controle e coordenação sobre a organização. O empoderamento dos canais de comunicação representa uma importante experiência de abertura de espaços para o diálogo e para maior comprometimento dos colaboradores com as necessidades dos pacientes e da própria organização hospitalar.

4.2.5. Formação em humanização

Neste subcapítulo abordamos a questão da formação profissional no sentido de fomentar o colaborador a melhorar suas práticas de uma assistência mais humanizada. Os participantes apontam se receberam ou não algum tipo de formação (Tabela 9), seja através de curso, palestra, workshop, seminário ou algum material por escrito. Em caso afirmativo se esta foi promovida pela organização estudada ou não. E ainda, se consideram relevante ter essa formação para o seu cotidiano profissional.

Tabela 9: Formação em humanização

		CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO	
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES		OCORRÊNCIAS
Formação humanização	Realizada	No hospital estudado	Ágatha, Felicity, Alice, Amelie, Mia, Elisabeth, Sara, Daisy, Samantha
		Em outra instituição	Ágatha, Anne, Lily, Stephanie, Elisabeth, Chloe Gracie, Monica, Robert
	Não realizada		Emmy, Rebecca, Rachel, Shirley, Barbara, Justin, Caroline, Violet

Para Moreira *et al.* (2015), a humanização está associada à qualidade dos cuidados e inclui o aperfeiçoamento dos profissionais. Para autores como Mezomo (2001) e Rios (2009), a educação e o treinamento a respeito da humanização são fundamentais a fim de contribuir para a formação dos colaboradores. Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), as próprias instituições de

saúde têm necessidades em relação à formação profissional, tanto para a gestão, quanto para a atenção, uma vez que precisam de trabalhadores adequadamente capacitados. Os hospitais estão em processo de redefinição, tendo em vista a busca pela qualidade, integralidade, eficiência e controlo de custos. O Ministério da Saúde, através da Portaria Número 930, de maio de 2012, onde são estabelecidas as Diretrizes e Objetivos da Atenção Integral Humanizada ao Recém-Nascido, cita: “induzir a formação e a qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar a preocupação técnica/tecnologia, devendo incorporar os referencias conceituais e organizacionais” (Brasil, 2012).

Oito participantes referem não terem recebido qualquer formação sobre humanização. Os outros dezasseis colaboradores afirmam ter participado de algum tipo de formação. Contudo, apenas nove participantes a realizaram em algum evento promovido pelo hospital.

Coincidentemente a literatura, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem estão entre as categorias profissionais mais participativas. No grupo dos médicos, apenas um participante refere ter realizado algum curso. No grupo dos fisioterapeutas, três participantes responderam afirmativamente. Ao nível das assistentes administrativas, uma reconhece ter realizado uma capacitação para melhorar o acolhimento dos familiares. O psicólogo além de participar da formação, refere ser o coordenador de alguns desses eventos. Segundo Moreira *et al.* (2015), em relação à área de conhecimento e de formação, a maioria dos estudos relacionados à humanização sobressaem das áreas da enfermagem e psicologia.

Entre os pontos positivos destacados pelos participantes está o Simpósio de Sensibilização da Prematuridade. O evento, promovido pelo Hospital, ocorreu no mês de novembro de 2019, já que dia 17 de novembro é o Dia Mundial da Prematuridade. Este evento contou com a presença de palestrantes de outras instituições hospitalares e depoimentos de familiares de bebês que já estiveram internados no Hospital.

Eu já fiz pós-graduação (especialização após licenciatura) e tive uma matéria só sobre humanização, vejo muitos vídeos, leio muito sobre essa questão. E agora tivemos um evento da Semana da Prematuridade. A direção comprou a nossa ideia, investiu no evento e acho que nós tivemos um resultado muito positivo. Trouxemos as mães que tiveram bebezinhos internados com a gente, elas deram depoimentos, trouxeram as crianças, entre outras ações. (Agatha)

Entre os pontos negativos mencionados estão o horário em que as ações de formação são oferecidas, em geral, pós-laboral e a distância, uma vez que são realizadas no auditório de outro hospital, pertencente ao mesmo grupo que administra a instituição estudada. Alguns

participantes também ressaltam o facto de nem todas as categorias profissionais serem convidadas a participar dos eventos promovidos pela organização.

Fica longe, tem que sair do plantão e ir. Só que quando saio do plantão tenho que levar minha filha para a escola. O horário é ruim. E se você não chegar no horário, não pode entrar (...) precisa melhorar essa questão da distância. Fazem muitas palestras, mas longe. Então, por que não fazer no próprio hospital? Ou que seja num horário mais adequado. É desumano, sair de um plantão, pegar 2 conduções (transporte público), gastar dinheiro de passagem (bilhete) e não poder entrar porque chegou atrasada. (Lily)

Quanto a importância da formação, todos os participantes admitem que esta tem relevância para suas vidas profissionais, já que muitas vezes atuam apenas com base na experiência própria.

Eu acho importante porque o nosso trabalho é muito mecânico, são muitas rotinas a cumprir. Chega, assume o plantão, sei que é isso e isso que vou fazer e ir embora. E quando a gente começa a conversar, a se informar, isso traz um alívio. Porque a pressão em cima da gente é grande. Não adianta só ... tem que cuidar, estar atento, então, é válido a gente receber um “toque” para melhorar. (Amelie)

Então é só a minha prática diária, eu troco e aprendo muito com colegas, isso é inegável. Mas, gostaria sim, porque é um tema que eu gosto muito, gosto de participar das reuniões dos pais e considero que seria importante sim. (Barbara)

Segundo Lucena e Oliveira (2010), valores de satisfação e bem-estar dos empregados são importantes dentro da CO. O investimento e o treinamento dos colaboradores estão relacionados a estes valores e devem ser vinculados aos objetivos organizacionais da instituição hospitalar.

4.2.6. Medidas a serem adotadas pela organização

No último subcapítulo abordamos aquilo que os participantes consideram importante o hospital implementar para melhoria da humanização e as sugestões dadas pelos colaboradores, conforme a Tabela 10.

Tabela 10: Sugestões em prol da humanização

CATEGORIA TEMÁTICA - HUMANIZAÇÃO		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	INDICADORES	OCORRÊNCIAS
Sugestões	Ampliação do espaço físico	Ágatha, Rebecca, Elisabeth, Felicity, Stephanie, Chloe, Justin, Anne, Alice, Rachel
	Criação do estar para os acompanhantes	Emmy, Elizabeth, Felicity, Chloe, Daisy, Bárbara, Justin, Lily, Rachel, Anne, Shirley
	Adequação do estar dos colaboradores	
	Melhorias dos protocolos de canguru	Elisabeth, Chloe, Rachel,
	Adequação do lactário	Justin, Monica
	Criação de área externa para paciente	Rebecca
	Alargamento do horário de visita dos progenitores	Ágatha, Chloe, Stephanie; Violet, Barbara, Justis, Samantha
	Visita de outros familiares e rede de apoio	Alice, Ágatha, Stephanie, Robert
	Participação dos pais no <i>round</i>	Bárbara
	Criação do grupo de pais	Shirley, Bárbara
	Criação de oficinas de artesanato	Shielely, Emmy
	Sala de televisão / leitura	Emmy, Chloe
	Melhoria das condições de trabalho	Lily, Caroline, Monica
	Massagem laboral	Chole
	Troca das poltronas dos acompanhantes	Emmy, Felicity, Lily
	Instalação de música ambiente	Amelie, Robert,
	Comemoração de datas especiais	Amelie, Alice, Bárbara
	Ações de formação para os profissionais envolvidos	Sara, Gracie, Monica, Samantha

A questão do espaço físico foi amplamente criticada pelos colaboradores entrevistados, sendo um dos pontos de maior destaque. Para muitos entrevistados, o local é inadequado para a prática da humanização por apresentar um espaço físico reduzido e comportar leitos da Neonatologia e da Pediatria em um mesmo ambiente do hospital. A falta de privacidade entre os leitos é apontada como uma dificuldade, por exemplo, para a colocação de um recém-nascido no seio materno, durante o horário de visita dos pais. Outra colocação muito pertinente foi a falta de

uma sala de estar para os pais, principalmente para as mães. Muitas são puérperas e não tem um local para descanso, obrigando-as a permanecer dentro da UTIN por muitas horas sem conforto, além de não terem um balneário próprio. No momento, os familiares usam a mesma casa de banho que a equipa, o que gera desconforto entre os colaboradores.

A estrutura eu acho que poderia melhorar. Essa questão de ter um local melhor para onde a mãe pudesse descansar, a poltrona para elas é muito desconfortável, um lugar para tomar banho, sabe? Melhorar mesmo a estrutura física que eu acho deficiente aqui. (Alice)

Eu acho que a parte física deixa a desejar. O ambiente tinha que ser mais aconchegante, ser mais confortável para os pais. O espaço físico não é adequado, se torna pequeno, não comporta a mãe e o pai, que ficam ali 6, 7 horas por dia. (Chloe)

Tem que melhorar o conforto dos familiares, eles passam muitas horas aqui dentro, sem conforto. Um local com um café, uma água, uma televisão e um banheiro apropriado para elas poderem tomar um banho, porque aqui elas não tomam banho. (Emmy)

Porque a gente acaba funcionando junto com a UTIped, em um mesmo espaço físico. A gente ainda tem essa dificuldade. (Agatha)

Os entrevistados destacam a necessidade de aumento do espaço físico. Essa medida implica em melhorias em outras ações de humanização. Além da separação das Unidades De Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica, a criação de estar para os familiares dos pacientes e da adequação do estar dos colaboradores, também influenciaria na melhor prática do Método Canguru e na adequação do lactário. Além de questões relacionadas a decoração e hotelaria, é sugerida a criação de uma área externa para que pacientes já fora do risco de vida pudessem ir ao banho de sol. Outros itens relacionados a hotelaria são falta de televisão em todos os leitos e poltronas desconfortáveis também foram abordados, os quais devem ser melhorados.

Cabe ressaltar que a coexistência das UTI Neonatal e Pediátrica no ambiente é permitida pelo Ministério da Saúde, desde que haja uma separação/barreira entre os dois ambientes.

No estudo desenvolvido por Gaíva e Scochi (2005), as mesmas dificuldades em relação às condições de acomodação da família foram verificadas, como a falta de um espaço privativo à família, o desconforto da cadeira não apropriada, o facto de não terem um banheiro privativo. O Ministério da Saúde prevê essa área de acolhimento às famílias somente para novas unidades a serem construídas.

É muito importante um ambiente apropriado que contribua para o bem-estar físico e psicológico. As atitudes de humanização servem para a restauração da dignidade humana (Pinochet & Galvão, 2010).

Outro ponto abordado pelos participantes está relacionado com as famílias. A melhoria na visita hospitalar, como prática de humanização, é apontada. A questão do horário de visita dos pais, que ainda não podem permanecer 24 horas a acompanhar o internamento do seu filho é um dos pontos a ser implementado. Para os participantes do estudo deve, também, ser permitida a visita de outros familiares e pessoas da rede de apoio que possam dar maior suporte aos pais em um momento de tensão. No momento, tenta-se a participação dos pais nos *rounds* para que fiquem mais informados sobre os diagnósticos e prognósticos dos bebês. Além da reunião de pais em grupo, onde os familiares possam discutir outros assuntos, não somente os relacionados a doença. Sendo assim, um grupo de apoio onde possam para partilhar as vivências adquiridas. Os entrevistados sugerem ainda, a implementação de medidas para que os acompanhantes possam ter um momento de distração, como por exemplo, oficinas de artesanato, sala de televisão e leitura, que atualmente não existem.

Outra questão é o horário de visita, dos pais não poderem ficar 24 horas. Por exemplo, quando tem um bebê grande, daqueles que já foram para casa e por uma intercorrência qualquer precisam reinternar. Então é um bebê que já mama seio materno. E a mãe não pode ficar 24 horas para amamentar. Ela não fica, o bebê não aceita outro bico, chora o tempo todo, irritado e não está contribuindo em nada para a humanização. (Chloe)

No presente estudo verifica-se a mesma perspectiva das autoras Gaíva e Scochi (2005), as quais referem que a maioria dos hospitais brasileiros a visita dos pais/família aos recém-nascidos internados ainda é restrita e controlada por normas rígidas. Quanto aos outros membros da família a situação é ainda mais difícil, já poucos serviços permitem a entrada de familiares que não os pais. Apesar de vários estudos apontarem vantagens acerca do benefício dos pais na UTIN e da legislação pertinente, a liberação das visitas não é um consenso na realidade brasileira. Os pais ainda são submetidos a horários pré-estabelecidos na rotina hospitalar para ter acesso ao filho internado. Muitas vezes, normas administrativas consideram somente a necessidade da instituição de saúde, em detrimento das necessidades dos bebês e das famílias. Ainda segundo as mesmas autoras, a visita dos pais deve ser livre, sem limites e a permissão expandida a avós, irmãos e outras pessoas próximas.

Em relação aos funcionários, os participantes ressaltam que a organização deve buscar melhor relacionamento com os colaboradores, como maior valorização profissional. Indicam, também, a criação de medidas que melhorem o relacionamento interprofissional. A questão das notificações, em que um colega pode denunciar o outro anonimamente, é bastante criticada pelos colaboradores. Além de reivindicarem melhorias na alimentação e no estar dos profissionais.

A humanização do profissional. Lembrar que quem trabalha também trabalha melhor se for mais bem tratado. Não digo só de salário. Tiraram o nosso estar [área de repouso], por exemplo. Eu acho importante o hospital lembrar que o colaborador é muito mais que alguém que faz alguma coisa. Ele tem uma história por trás, ele é um ser humano. O colaborador não é só uma pessoa que produz e segue os protocolos e faz as coisas. [...] O médico hoje em dia não tem valor nenhum. Se o médico não tem, imagina a enfermagem? O médico, se não cumprir suas metas, está na rua! Precisava melhorar sim, não porque a gente é médico, mas porque somos seres humanos. A gente também tem dor de barriga, também tem dor e sofre... (Caroline)

Não estou dizendo da maioria. Mas, tem um grupo que trabalha em cima do erro do colega, uma conduta diferente, que as vezes nem é um erro. Mas, por ser diferente, vai lá e notifica ele. É uma coisa simples, que pode resolver com meia dúzia de palavras dentro do próprio setor, não precisa expor [o colega] dessa forma. (Monica)

Outras medidas mencionadas as melhorias das condições de trabalho como massagem laboral e de como tornar a UTI mais aconchegante com música ambiente, além de comemoração de datas especiais (Carnaval, Páscoa, Natal, etc.)

Morgado *et al.* (2018) afirmam que a humanização consiste na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A humanização acaba por assumir outros aspetos que vão além do modismo, ideias, projetos, reuniões e discussões, mas sim da revisão de valores éticos e morais, e exige uma prática diária. Ir além da maquilhagem hospitalar de hotelaria, deve-se aprofundar nos movimentos internos de cada profissional, nas compreensões éticas, no respeito ao outro e ao seu sofrimento.

Segundo Pinochet e Galvão (2010), para que os colaboradores de instituições de saúde possam exercer sua profissão com dignidade, respeitar o outro e a sua condição humana, necessitam que a sua própria condição humana seja respeitada, como por exemplo, trabalhar em condições adequadas, receber uma remuneração justa e o reconhecimento das suas atividades profissionais.

Considera-se fundamental a mudança da CO das instituições de saúde brasileiras por meio da incorporação cada vez maior da valorização da dimensão humana no trabalho e da efetivação de práticas de humanização e integralidade dos cuidados.

5. Síntese Conclusiva, Contribuições e Limitações

São apresentadas, a seguir, as principais conclusões do estudo, os contributos da sua realização, as limitações associadas, bem como sugestões para futuros estudos.

5.1. Síntese conclusiva

O tema da investigação realizada diz respeito à percepção dos colaboradores de uma organização hospitalar privada, acerca de uma gestão humanizada, especificamente em uma UTIN. Foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar o trabalho desenvolvido da UTIN;
- Caracterizar as relações entre as chefias, colaboradores e familiares;
- Conhecer as percepções sobre a humanização na prática diária dos profissionais;
- Perceber as condições necessárias à humanização e a evolução da organização no sentido de uma maior humanização;
- Identificar as medidas já adotadas pela organização e que contribuem para a humanização;
- Sugerir medidas que a organização deve adotar em prol da humanização.

Relativamente aos resultados colhidos, pode constatar-se que, para a maior parte das dimensões de análise, verifica-se uma concordância dos dados com a literatura. Contudo, existem exceções, nas quais se detetou a emergência de novas ideias a respeito do tema.

Os resultados do presente estudo mostram que os valores e práticas organizacionais do hospital permeiam a cooperação no trabalho e a busca pela qualidade e pela satisfação do utente, apesar de ser percebido pelos colaboradores a existência de controlo do trabalho e hierarquização das relações de poder, o que é comum em instituições de saúde brasileiras, as quais possuem modelos tradicionais de gestão.

Quanto ao primeiro objetivo do estudo, o qual constituiu na caracterização do trabalho desenvolvido pelos profissionais de uma UTIN, os resultados da investigação revelaram que os colaboradores se mostraram realizados do ponto de vista profissional. Contudo, as longas jornadas de trabalho, a desvalorização profissional, os baixos salários, o excesso de protocolos e burocracias a serem cumpridas, bem como a falta de materiais são considerados como pontos negativos a serem revistos pela gestão.

Segundo Carneiro (2010), os profissionais de saúde hospitalares são frequentemente obrigados a intensa carga de trabalhos, são responsáveis por grande número de doentes, não tendo disponibilidade quer física ou mental para procurar humanizar as relações com aqueles que estão sob seus cuidados. O autor destaca, ainda, os horários de trabalho muito dilatados, as crescentes responsabilidades clínicas e legais, bem como a complexidade e variedade de problemas a que estão expostos como pontos a serem enfrentados por estes profissionais.

Segundo Pereira e Bueno (1997), o ambiente da UTIN possui certas peculiaridades que estão relacionadas com a ansiedade e tensão provocados pela elevada responsabilidades a que os profissionais estão submetidos no seu cotidiano profissional (e que respeitam, por exemplo: a segurança do paciente, qualidade da assistência prestada, rotinas exigentes sob vigilância contínua, hierarquia rígida, morte e sofrimento dos pacientes e imprevisibilidade). Estes são fatores que demonstram como o trabalho é tenso e exaustivo, podendo provocar desmotivação e conflitos entre os membros da equipa, bem como estresse ao nível grupal e do trabalhador individual.

O estudo realizado permite concluir a recuperação do paciente gravemente enfermo, com a sua respetiva alta hospitalar, é motivo de grande satisfação para a equipa multidisciplinar. Pelo contrário, o óbito gera tristeza e é visto como um ponto negativo do trabalho. Ao oferecer ao utente uma assistência entendida pelos profissionais como humanizada, observamos que os desgastes não obscurecem o prazer que os trabalhadores desfrutam de suas atividades, principalmente quando estas se apresentam em forma de reconhecimento do trabalho bem-sucedido.

Estes resultados são semelhantes ao constatado na literatura, onde Souza e Ferreira (2010) destacam que o prazer e o desgaste podem coabitar de maneira paradoxal na mesma atividade laboral. O prazer geralmente brota dos bons resultados do trabalho e pode advir não somente da atividade em si, mas também da busca da superação dos desafios e desgastes que ela provoca. A principal fonte de prazer do trabalho hospitalar é a alta do paciente, por retratar de forma mais completa o investimento da produção de cuidados em saúde. A alta está relacionada à expressão do trabalho bem-sucedido. Quando o paciente sai do internamento sem sequelas físicas, deficiências ou perdas funcionais ocasionadas pela patologia ou pelo próprio tratamento, é grande o grau de satisfação dos profissionais.

Se, por um lado, a alta hospitalar é fonte de prazer e gratificação pelo trabalho, por outro, testemunhar óbitos representa uma fonte de desgaste. O óbito pode gerar a sensação de trabalho inacabado ou malsucedido. Um trabalho interrompido pela morte, que por sua vez afeta

o *ethos* e a missão deste grupo profissional – salvar vidas- é considerado um “produto” negativo dentro do processo de trabalho. Tal é sublinhado na literatura que refere que os óbitos são fontes de sofrimento e desgaste tanto para as famílias, como para os profissionais de saúde (Souza & Ferreira, 2010).

A satisfação profissional é considerada determinante para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e para a satisfação dos pacientes com os cuidados prestados. Assim, segundo Vegro *et al.* (2016), aspetos organizacionais devem ser analisados e utilizados como instrumentos para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Outros fatores organizacionais que contribuem para a satisfação no trabalho são as condições adequadas de trabalho, a remuneração justa dos profissionais, o bom relacionamento interpessoal, a possibilidade de crescimento, a autonomia, o poder de resolutividade e o reconhecimento do colaborador.

O segundo objetivo do estudo consistiu em avaliar as relações interpessoais existentes na UTIN. De acordo com Sá (2005), os vínculos que os sujeitos estabelecem merecem destaque. Devem ser analisadas tanto as relações entre os profissionais, quanto entre os profissionais e a população (no caso específico, as famílias). Os resultados do presente estudo mostram que estas relações se configuram de modo respeitoso, embora alguns conflitos pontuais existam. Em linhas gerais, os colaboradores entendem o sentido de uma equipa multidisciplinar, onde todos desempenham funções relevantes e colaboram para que os objetivos organizacionais sejam alcançados. No entanto, alguns participantes referiram dificuldades com colegas que se mostram menos comprometidos com o serviço. O corporativismo e as diferenças existentes entre a enfermagem e a equipa médica também foram apontados pelos colaboradores como pontos negativos entre os membros da equipa. Verificou-se que como muitos participantes são antigos na organização, isso facilita a integração e união da equipa. Adicionalmente, grande parte dos participantes tem bom relacionamento com as suas chefias imediatas. O estudo conclui que a presença, a participação das chefias no cotidiano hospitalar e a valorização dos membros da equipa facilitam o relacionamento entre subordinados e chefias.

Quanto ao relacionamento com os familiares, o presente estudo observou que os colaboradores se preocupam com os progenitores e outras pessoas da rede de apoio da família. Muitos participantes mostraram-se preocupados com a permanência das mães e dos pais na UTIN e estão cientes da importância do acolhimento a estes. Além de estimular o vínculo emocional e práticas, como o Método Canguru, os profissionais também buscam integrar os progenitores nas rotinas da unidade, até mesmo como uma forma de facilitar o trabalho deles. Cabe à equipa como

um todo promover a humanização nesse setor sempre que possível e viável. Isto inclui ter uma comunicação aberta e tranquila com os pais e mães para que os mesmos possam tirar dúvidas e desabafar seus medos e angústias e, assim, possam auxiliar no cuidado ao recém-nascido. De modo semelhante, autores como Braga e Morsh, (2003) e Vila e Rossi (2002) destacam que a humanização, além de envolver o cuidado ao doente, estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença, o que inclui toda a família do paciente. Os autores reconhecem a importância da integração entre a equipa e a família e, apontam ainda, que o aprendizado dos familiares na ocasião da intervenção servirá como base para a continuidade do cuidado quando o bebé estiver em casa.

Ao avaliar os valores e práticas que caracterizam a cultura organizacional, percebemos que a instituição busca a satisfação do utente através do bom relacionamento interpessoal entre os colaboradores e familiares.

O presente estudo constatou, também, um forte sentimento de pertença à equipa manifestado pela maioria dos participantes. Isso deve-se, em grande parte, ao seu acesso a informações relevantes (relativas ao trabalho e aos pacientes que estão sob seus cuidados), pelo facto de participarem das discussões dos casos clínicos dos pacientes (*rounds*), por terem suas opiniões valorizadas pelas chefias, bem como por sentirem-se acolhidos pelo grupo no qual estão inseridos. Os resultados mostram-se semelhantes à literatura, a qual sublinha que o hospital é uma organização complexa, cujo processo de trabalho e de atenção aos usuários, depende da conjugação de saberes de diferentes profissionais envolvidos (Feuwerker & Cecilio, 2007). Segundo autores como Cotta *et al.* (2013) e Oliveira *et al.* (2006), a humanização consiste em valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde (usuários, trabalhadores e gestores). Humanizar a assistência na saúde implica dar voz ao utente e também, aos profissionais de saúde, de forma a que estes possam fazer parte de uma rede de diálogo, promover ações, programas e políticas a partir da dignidade, da ética, do respeito e do conhecimento mútuo.

A CO é incorporada na organização através de seus membros e revelada através de suas ações e padrões de atitude (Bastos, 2001). Assim, ao descrever a cultura dos membros de uma organização, devemos considerar múltiplas situações sociais vivenciadas por eles, tanto em um contexto social particular, bem como aspetos históricos da criação e desenvolvimento dessa instituição.

O sucesso das organizações hospitalares depende, em parte, dos seus recursos humanos, segundo Senhora (2007). Assim, torna-se necessária uma política de construção de um ambiente de fácil comunicação, que encoraje e torne possível às pessoas se comportarem de maneira a contribuir para um desempenho eficiente, conforme foi relatado por grande parte dos colaboradores.

Segundo Hennington (2008), os investimentos em qualificação dos colaboradores por parte das organizações ainda são escassos, particularmente no que toca a questão da gestão participativa e do trabalho em equipa. O presente estudo diverge da literatura neste ponto, uma vez que diversas medidas citadas pelos participantes demonstram que os membros da equipa podem participar e opinar junto aos seus supervisores. São disso exemplo práticas como a participação de diversos membros da equipa multidisciplinar no *round*, a acessibilidade às chefias imediatas, bem como o “Café com Ideias” junto da gestão de topo da organização hospitalar.

No que diz respeito ao terceiro objetivo desta pesquisa, que consistiu em definir o conceito de humanização segundo os participantes deste estudo, os resultados mostram que todos os colaboradores conhecem e procuram exercer suas funções de acordo com o princípio dessa política. As definições de humanização relatadas pelos participantes do estudo são idênticas às definições encontradas na literatura, apesar da polissemia e complexidade que envolve o tema e suas múltiplas vertentes (Cecilio, 2006). Os resultados do estudo demonstram que embora alguns participantes tenham dificuldades em conceituar a humanização, conseguem-no fazer através de exemplos práticos no cotidiano de uma UTIN (e.g., Método Canguru, banho de ofuro, redução ruídos e luminosidade, visita dos familiares) e, por perceberem a importância do cuidado holístico. Em termos práticos, os participantes defendem a humanização hospitalar em melhorias na estrutura física, na presença dos acompanhantes durante o internamento, na capacitação dos colaboradores, na contratação de maior número de profissionais e na promoção da qualidade dos processos comunicacionais, bem como na autonomia dos profissionais envolvidos. Esses resultados são consistentes com as considerações de Rios (2009) e Sá (2005), autores que destacam a autonomia e criatividade dos sujeitos nas organizações de saúde como condições fundamentais para o fortalecimento do trabalho coletivo, bem como para o desenvolvimento de práticas de saúde solidárias e voltadas para o cuidado com a vida.

Em relação ao quarto objetivo do estudo, o qual visou perceber as condições necessárias a humanização no contexto laboral e a evolução temporal desta na organização escolhida, o

presente estudo verificou a existência de uma ampla gama de respostas. Os profissionais reconhecem a importância de:

- (i) atributos pessoais de cada colaborador como a empatia, a compaixão;
- (ii) cuidado holístico do paciente;
- (iii) desempenho da equipa; e
- (iv) fatores relacionados a melhorias das condições de trabalho/salariais, incluindo o incremento de recursos humanos e materiais.

A estrutura física da UTIN estudada ainda carece de algumas melhorias por parte da gestão hospitalar, para que tanto os colaboradores, quanto os utentes possam se beneficiar de maior conforto. Não foi raro ouvir depoimentos nos quais os trabalhadores questionaram a capacidade de assistir aos pacientes segundo os preceitos da humanização, se sua atuação profissional não é realizada em um ambiente de trabalho humanizado. Questões como ruído, luminosidade e climatização já estão implementadas de modo satisfatório. Contudo, a limitação física do espaço, que atualmente é partilhado com a UTI pediátrica, os inadequados espaços de estar para os profissionais e para os familiares, assim como as deficiências ao nível do lactário, constituem aspetos que precisam ser reavaliados pela gestão. O estudo também verificou algumas reclamações em relação a qualidade da alimentação oferecida aos trabalhadores e a falta de um espaço para tomar café nos intervalos. A organização está a sofrer obras para melhoria em alguns destes aspetos.

O estudo conclui que os colaboradores precisam ser valorizados pela organização a fim de que desenvolvam o trabalho de modo mais humanizado. Este resultado é semelhante ao encontrado na literatura. Hennington (2008) e Simões *et al.* (2007) concordam que a humanização implica investir no trabalhador para que este tenha condições de prestar um atendimento humanizado. Os autores destacam, ainda, que a melhoria da qualidade na assistência em saúde e, conseqüentemente, na satisfação do utente são resultantes do modo como a gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista desse processo é o trabalhador em saúde. A PNH refere-se à ambiência hospitalar como o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, seguindo um dos eixos que adverte que o espaço deva possibilitar a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho. A limitação de espaços pode configurar como entrave para o profissional, incluindo ao nível do espaço físico para a acomodação dos trabalhadores, que podem permanecer por um período de até 24 horas

no ambiente de trabalho (Souza & Ferreira, 2010). Em relação ao espaço físico, lembramos que a Cartilha de Ambiência Hospitalar do Ministério da Saúde aponta que o espaço deve servir como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Quanto à evolução da humanização na organização hospitalar estudada, os resultados da investigação revelam que a maior parte dos participantes percebe que esta melhorou ao longo dos anos, embora as medidas sejam implementadas de modo gradual. A gerência hospitalar está a instaurar novas iniciativas a fim de incrementar a humanização, especificamente no sector estudado (e.g., alargamento do horário de visitas, criação de novos protocolos e rotinas processuais, horários para a redução dos ruídos e melhorias dos níveis de luminosidade, maior presença das rotinas médicas e, conseqüentemente, incremento do diálogo com familiares e criação do CAF). Os profissionais de saúde compreendem os preceitos da humanização e asseguram executar em suas práticas assistenciais tais orientações, apesar de relatarem que ainda existem muitas falhas no caminho ideal para uma efetiva humanização no serviço de neonatologia. De realçar que apesar das vantagens discutidas na literatura acerca dos benefícios da presença dos pais na UTIN e da criação de legislação desse nível (Aagaard & Hall, 2008; Ministério da Saúde, 2011 & Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990), nas organizações hospitalares brasileiras, a liberação das visitas não é um consenso e os pais ainda são submetidos a horários pré-estabelecidos na rotina hospitalar para ter acesso ao filho internado (Gaíva & Scochi, 2005).

Ainda sobre a evolução da humanização na organização, Macêdo (1996) ressalta que a mudança de uma cultura organizacional é um processo difícil e lento. A CO pode ser modificada através da avaliação de normas, de comportamentos, nos momentos de crise e de conflitos. Cabe ao gestor, devido ao seu poder dentro da organização, ser um agente que pode influenciar o surgimento de uma nova cultura.

Quanto ao quinto objetivo do estudo, o qual constituiu na identificação das medidas já implementadas pela organização que visam a humanização na UTIN, os resultados da investigação revelam melhorias do ponto de vista da hotelaria, criação de novos protocolos (e.g., protocolo de dor), ampliação horário de visitas (embora ainda parcial), criação de um sector específico para atendimento aos familiares (CAF) e na melhoria da comunicação, seja ela verbal ou não verbal, tanto entre os membros da organização quanto entre os colaboradores com as famílias, principalmente da equipa médica mais acessível por estes.

De encontro à literatura (Senhora, 2007), quanto mais eficientes forem os canais de comunicação em um hospital, maior a capacidade de aprendizagem das culturas internas.

Também podemos perceber através deste estudo que a equipa multidisciplinar, em especial a equipa de médicos, necessita de formação científica frequente acerca do tema da humanização. As pessoas devem ser motivadas e por fim, o treinamento deve focar a prática e abordar a rotina de trabalho. Igualmente aos resultados encontrados, Hennington (2008) e Zanfolim *et al.* (2005) destacam a importância do profissional em conhecer e compreender o significado da humanização na assistência à saúde. Mezomo (2001) destaca a educação e o treinamento como armas de competitividade, de redução de custos e aumento da qualidade. O presente estudo realizado permitiu, ainda, desvendar um conjunto de impedimentos para os colaboradores participarem das formações oferecidas: dificuldades de acesso aos cursos (distância, horários) e transtornos em conciliá-los com outras atividades profissionais ou pessoais.

Por fim, o último objetivo da presente investigação visou conhecer sugestões de medidas promotoras de humanização a serem implementadas pela organização. Os participantes emitiram sugestões tais como: a melhora da estrutura física, com a separação das unidades de neonatologia e pediatria; a ampliação do horário das visitas (os progenitores poderem permanecer 24 horas durante o internamento dos seus filhos) e a extensão das visitas a outros familiares; a adequação dos recursos humanos; e ações de formação. Estas medidas também podem contribuir para aumentar a motivação dos profissionais e, conseqüentemente a melhora dos serviços prestados. Entretanto, para que isso seja exequível é necessário a sensibilização dos gestores. Igualmente aos resultados encontrados, Pinochet e Galvão (2010) defendem que os hospitais vêm assumindo uma nova postura de valorização do ser humano, onde os administradores modernos procuram adaptar-se a novas tendências no mercado da saúde, buscando atividades de humanização hospitalar. A ideia é de propor um ambiente que promova o bem-estar, o aconchego, o conforto, tornando assim a organização hospitalar mais acolhedora, como otimizar a iluminação, a ergonomia, informar e melhorar as condições de trabalho.

A importância da cultura organizacional está presente na tomada de decisões da organização. A cultura está presente nas estratégias, nos objetivos e no modo de operação da empresa. Portanto, para que as decisões sejam tomadas é preciso que os gerentes tenham consciência de como a cultura organizacional está disseminada entre seus membros.

5.2. Contributos do estudo

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde (Lamego *et al.*, 2005). Segundo Osswald (2014), a humanização é peça fundamental em qualquer sistema ou organização de prestação de cuidados de saúde. Zanfolim, *et al.* (2015) defendem que a humanização será realidade nas instituições somente quando os atores responsáveis pelo cuidado visualizarem como uma nova política de fazer saúde e forem garantidas as ferramentas para a efetivação desse processo, como educação continuada e permanente, troca de informações e gestão participativa. Bonato (2011), reforça que humanizar a saúde é um processo a longo prazo, dinâmico e relacionado ao ambiente onde está inserido. Tal requer investimento financeiro e decisão firme dos gestores e técnicos envolvidos.

A realização desse estudo possibilitou a reflexão e a compreensão sobre a humanização dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assim, ressaltamos a importância de uma assistência humanizada dentro dessa unidade, a qual possui um ambiente complexo e gerador de estresse a todos os profissionais, pacientes e familiares que atuam nesse ambiente. A partir da análise e discussão dos depoimentos da equipa pudemos observar que persistem algumas dificuldades em implementar a humanização. Apesar do grande esforço que os profissionais possam realizar no sentido de humanizar a UTIN, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um “sistema tecnológico”. Fatores como o estresse, o número de colaboradores reduzido, a carga excessiva de trabalho, os baixos salários, a necessidade de conciliação de outros empregos e as deficiências da estrutura física foram relatados pelos participantes como pontos de dificuldade. Entretanto, verifica-se que tanto por parte dos colaboradores, como dos membros da gestão hospitalar, têm sido desenvolvidos esforços, ainda que de modo lento, para adequar novas práticas a fim de incrementar a humanização na organização estudada. O presente estudo contribui, assim, através da análise dos aspetos da cultura organizacional, para que os gestores possam implementar mudanças na organização, visando a qualidade dos serviços e assistência prestada aos pacientes. Podem ter mais conhecimento sobre como as medidas atualmente adotadas influenciam na humanização dos cuidados, sob a perspectiva dos profissionais, tendo sido identificadas várias lacunas e sugestões práticas. Os resultados desta investigação podem, pois, construir uma ferramenta para as futuras decisões em prol da humanização em uma organização hospitalar, e, em particular, numa UTIN.

5.3. Limitações do estudo

Das limitações do presente estudo está no facto de este ter sido realizado numa amostra de pequena dimensão, pertencente a um único sector hospitalar (UTIN) e de uma única instituição de saúde. Além disto, a pesquisadora optou por uma amostragem por conveniência. Portanto, há impossibilidade de generalização das conclusões obtidas no estudo para outros hospitais a nível nacional.

Outra limitação a ser considerada está no facto da humanização ter várias vertentes e sua aplicabilidade não ser uniforme, o que permite que cada organização a implemente de uma maneira particular.

Fatores emocionais, como descontentamento e desmotivação pela sobrecarga de trabalho e remuneração têm um peso significativo nas respostas dos colaboradores e podem ter influenciado na sua avaliação (de forma mais negativa) em alguma das dimensões estudadas.

5.4. Sugestões para futuras investigações

Este estudo desenvolveu-se num único sector de uma única organização hospitalar, sendo suportado nas perceções de vinte e quatro dos seus profissionais. Seria interessante analisar o tema do ponto de vista dos colaboradores de outros sectores e/ou de outras instituições de saúde.

Outra sugestão passaria pela comparação com um hospital público. Outra análise interessante da humanização poderia incluir a perceção dos utentes.

Recomenda-se, ainda, a realização de um estudo quantitativo relativo ao tema apresentado a fim de complementar e validar as conclusões do presente estudo.

Referências bibliográficas

- Aagaard, H. & Hall, E. O. (2008). Mother`s experience of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 26-36.
- ACSS. (2017). *Recomendações técnicas para serviços de neonatologia*. Disponível em www.acss.min-saude.pt (acesso em 10 de outubro de 2019).
- Almeida, F.A., Cunha, M.L & Moraes, M.S. (2016). Taking care of the newborn dying and their families: nurse`s experience of neonatal intensive care. *Journal of School Nursing*, 50, 118-124.
- Almeida, H., Ramos, A.O., Monteiro, I. & Sousa, F. (2013). *Manual de comportamento organizacional - Guia de apoio ao estudante*. Faro: Silabas e Desafios.
- Almeida, I. (2012). *Representações e expectativas dos profissionais dos serviços de pediatria do hospital de Braga relativamente à intervenção dos “doutores palhaços”* (Tese de Mestrado em Estudos da Criança, Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga). Retrieved from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Amaral, L.F., & Calegari, T. (2016). Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enfermagem*, 21 (3), 01-09.
- Andrade, L. J. (2014). Cultura e clima organizacional. In Portugal, M. N & Caetano, J. (Eds), *Gestão de Recursos Humanos Desafios da Globalização*, Lisboa: Escolar, 229-254.
- Artman, E. & Riviera, F.J.U. (2006). Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In Deslandes, S. (Eds.), *Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1-60.
- Barbosa, I. P. (2003). *Subculturas organizacionais na perspectiva da gestão da diversidade: o caso da Universidade do Minho* (Tese de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Retrieved from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Bastos, M. A. R. (2001). A temática da cultura organizacional nos estudos da área da saúde e da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(4), 68-74.
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em saúde: organização interna dos serviços*. Coimbra: Almedina.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão da qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, 35 (5) 319-331.
- Braga, N. A. & Morsch, D. S. (2003). Um Nascimento diferente. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsh, D. S. *Quando a vida começa diferente: o bebê e a sua família em UTI Neonatal*, Rio de Janeiro: Fiocruz
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Editora Saraiva.

- Brasil. (2001). *Política Nacional de Humanização – HumanizaSus*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z>. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.
- Brasil, (2010). *Cartilha de Ambiência*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em www.saude.gov.br/humanizausus. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.
- Brasil. (2012). *Portaria N°930: Diretrizes e objetivos para a organização e atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de UTIN no âmbito do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.
- Bryman, A. & Bell, E. (2011). *Business Research Methods*. Oxford: Oxford University Press
- Calegari, R., Massarollo, M., & dos Santos, M. (2015). Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (2), 42-47.
- Calles, A., Nascimento, J., Silva, A., & Souza, C. (2017). Humanização na unidade de terapia neonatal: revisão de literatura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-Unit*, 4 (1), 23-30.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006) *Administração pública modernização, qualidade e inovação*. Lisboa: Sílabo.
- Carneiro, S. G. (2010). *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria*. (Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal).
- Carpenter, R. & Carpenter, A. (2003). O ambiente dos cuidados críticos. In Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (Eds), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, v.1. Loures, Lusociência. 637-653.
- Carvalho, M. C., Rocha, F. L., Marziale, M. H., Gabriel, S. & Bernardes, A. (2013). Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto Contexto*, 22 (3), 746-753.
- Cecílio, L. C. O. (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Eds), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco. s/p.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Chatman; J. A., & Cha, S. (2003). Leading by Leveraging Culture. *California Management Review*, 45 (4).
- Coelho, M. T. (2000). *Humanização dos Cuidados ao Doente Hospitalizado*. Lisboa: Servir

- Costa, S., Figueiredo, M., & Schaurich, D. (2009). Humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 13 (1), 571-580.
- Cotta, R. M., Reis, R. S, Campos, A. A., Gomes, A. P., Antonio, V. E. & Batista, R. S. (2013). Debates atuais em humanização em saúde: quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (1), 171-179.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C. & Neves, P. (2014). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C. & Neves, P. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH.
- De Souza, S. (2017). A cultura nacional e a cultura militar. In Vicente, J. e Baltazar, A. (Eds), *Cultura, Comportamento Organizacional e Sensemaking*. Lisboa: Instituto Militar Universitário.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Deslandes, S. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990). Brasília
- Ferreira, J. M. C. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: MC GrawHill de Portugal
- Feurwerker, L. C. & Cecilio, L. C. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (4), 965-971.
- Fonseca, P. H., Lowen, I. M., Lourenço, M. & Peres, A.M. (2018). Cultura organizacional na área da saúde, um estudo bibliométrico. *Saúde em Debate*, 42 (116), 318 -330.
- Fontanella, B. J., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 24, 17-27.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta
- Gaíva, M. A. & Scochi, C. G. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (4), 444-448.
- Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D & Schulman, K. A. (2007). Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (6), 341-348.
- Hennington, E. A. (2008). Management of work process and humanization in health care: an ergological perspective. *Revista Saúde Pública*, 42 (3), 555-561.
- Hofstede, G. (1991). *Culture and Organizations: Software of the Mind*. London: McGraw-Hill.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J. & Minkow, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, Nova York: McGraw-Hill Professional.

- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), 1277-1288.
- Kilpatrick, A. O. (2009). Humanistic leadership in health care. *Journal of Health and Human Services Administration, Spring*, 31 (4), 451-465.
- Kotter, J. P. & Heskett, J. L. (1992). *Corporate culture and performance*. Nova York: The Free Press.
- Kroeber, A. L. & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: a critical review of concepts and definitions*. Cambridge: Peabody Museum disponível em <http://physcnet.apa.org>
- Kurcgant, P. & Massarolo, M. C. K. B. (2012). Cultura e poder nas organizações em Saúde In: Kurcgant P. Coordenadora. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara, 26-36.
- Lacaz, F. A. C. & Sato; L. (2006). Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, S.F. (org) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 109-139.
- Lamego, D., Deslandes, S. E, & Moreira, M. (2005). Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência& Saúde Coletiva*, 10 (3), 669-675.
- Lansky, S., Friche, A. A., da Silva, A. A., Campos, D., Bittencourt, S. D., Carvalho, M., Frias, P., Cavalcante, R. & Cunha, A. J. (2014). Pesquisa Nascer Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno de Saúde Pública*, 30 (sup), 192-207.
- Lemos, R. & Rossi, L. A. (2002) O significado cultural atribuído ao CTI por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (3), 345-357.
- Leone, C. Dussault, G. & Lapão, L. V. (2014). Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos agrupamentos dos centros de saúde em Portugal. *Caderno Saúde Pública*, 30 (1), 149-160.
- Lucena, L.M. & Oliveira, J.A. (2010). Cultura organizacional em hospitais privados. *Pensamento Contemporâneo em Administração*, 4 (1), 16-28.
- Luiz, F. F., Caregnato, R. A. & Costa, M. R. (2017). Humanização na terapia intensiva: a percepção do familiar e do profissional de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (5), 1040-1047.
- Macêdo, I. I., Rodrigues, D. F., Johann, M. E. & Cunha, N. M da. (2007). *Aspectos comportamentais da gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Macêdo, J.N. (1996). Cultura organizacional e gestão descentralizada do SUS. *Revista Eletrônica de Administração*, 2 (3).
- Mattos, R. A. (2001). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO.

- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec
- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. Brasília: Editora Ministério da Saúde
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Dom Quixote.
- Moore, F. I. (1999). *Functional job analysis – Guidelines for task analysis and job design*. Texas: World Health Organization.
- Moreira, M. A., Lustosa, A. M., L., Dutra, F., Barros E. O., Batista, J. B. & Duarte, M. C. (2015). Public humanization policies: integrative literature review. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (10), 3231-3242.
- Morgado, H., Carvalho, M. & Vilhena, E. (2018). A Humanização como factor de qualidade nos serviços de Saúde. *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – ISPA*. Lisboa, Portugal.
- Mosadeghrad, A. M. (2014) Factors Influencing Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3 (2), 77-89.
- Novais, S. (2013). *A cultura organizacional na “consolidação” da mudança nas organizações de saúde* (Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Retrieved from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Oliveira, B. R. G, Collet, N. & Vieira, C.S. (2006). Humanização na assistência à saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14 (2), 277 - 284.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Método Mãe Canguru – Guia Prático*. Genebra: OMS. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Guia para Evitar Nascimento de Bebés Prematuros*. Genebra: OMS Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent
- Orzalesi, M. & Corchia, C. (2012). Epidemiology: mortality and morbidity. In: Buonocare, G., Bracci, R. & Weindling, M. (Eds), *Neonatology - A Practical Approach to Neonatal Diseases* (16). Itália: Spring.
- Osswald, W. (2014). *Da vida à morte Horizontes da Bioética*. Lisboa: Gradiva
- Parmigini, S., Gianotti, D. & Bevilacqua, G. (2012). General characteristics of preterm and term newborn. In Buonocare, G., Bracci, R. & Weindling, M. (Eds), *Neonatology - A Practical Approach to Neonatal Diseases*, Itália: Spring. 17-18.
- Pereira, M. E., Bueno, S. M. (1997). Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em uma UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 5 (4), 75-83.

- Pereira, O. (1999). *Fundamentos de Comportamento Organizacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pinochet, L. H. & Galvão, C. R. (2010). Aspectos humanos na gestão hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 34 (4), 498-507.
- Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (2), 253-261
- Rocha, J. A. O. (2010). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. Lisboa: Escolar.
- Roobins, S. P. (1999). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos.
- Roobins, S.P. (2006). *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Pearson-Prentice Hall
- Rousseau, D. M. (1990). New hire perception on their own and their employer's obligations: a study of psychological contracts. *Journal of organization behavior*, 11, 389-400.
- Ruthes R., Cunha I. & Cunha K. (2007). O desafio da administração hospitalar na atualidade. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde *Revista Administração em Saúde*, 9 (36), 93-102.
- Sá, M. C. S (2005). Subjetividade, gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo, C. S. e Sá, M. C. S. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 31-48
- Sanches, R., Gerhardt, P., Rêgo, A., Carreira, L., Pupilim, J. & Radanovic, C. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, 20 (1), 48-54.
- Santos, N.M. (2000). *Cultura Organizacional e Desempenho: pesquisa, teoria e aplicação*. São Paulo: Stiliano.
- Santos, S. R. (2007). Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. *Cogitare Enfermagem*, 12 (2), 229-235.
- Schein, E. H. (2009). *Cultura organizacional e liderança*. São Paulo: Atlas.
- Senhora, E.M. (2007). A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *RECIIS*, 1 (1), 45 -55.
- Silva, E. M., Moreira, M. C. (2015). Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (10), 3033-3042.
- Silva, L. R., Christofell, M. M. & Soza, K. V de. (2005). História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto Contexto de Enfermagem*, 14 (4), 585-593.
- Silva, L. R., Silva, L. R. & Christofell, M. M. (2009). Technology and humanization of the Neonatal Intensive Care Unit: reflections in the context of the health-illness process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (3), 684-689.

- Simões, A. L., Rodrigues, F., Tavares, D. M. & Rodrigues, L. (2007). Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto de Enfermagem*, 16 (3), 439-444.
- Simões, J. A. R. (2008). A prestação de cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português. *Revista Acção Médica*, 72 (2), 95-106.
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28 (3), 339 – 358. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v18n4/1415-6555-rac-18-04-00372.pdf> acesso em 2 de junho 2019
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2010). Infra-Estrutura Para Atendimento Integral ao Recém-Nascido -Documento Científico do departamento de Neonatologia. <https://www.sbp.com.br> Acesso em 01 de fevereiro de 2020.
- Sofaer, S. (1999). Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Services Research*, 34 (5), 1101-1118.
- Souza, K. M. & Ferreira, S. D. (2010). Assistência humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificados pelos profissionais de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 15 (2), 471-480.
- Sutton, J. & Austin, Z. (2015). Qualitative research: data collection, analysis, and management. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68 (3), 226-231.
- Teixeira, S. (1998). *Gestão das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Todres, L., Galvin, K. T. & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4 (2), 68 - 77.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-Item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (6), 349-357.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.
- Vegro, T.C., Rocha, F.L., Camelo, S.H. & Garcia, A.B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37 (2), 1-6.
- Vila, V. S. C & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (2), 137-144.
- Yin, R. (2015). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre, Brasil: Bookman.
- Zaher, V. L. (2005). *Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional*. São Paulo: CUSC; Edições Loyola.

Zanfolim, L. C., Azevedo, A. C., Santos, L. A. & Buriola, A. A. (2015). Compreensão de agentes comunitários de saúde sobre a Política Nacional de Humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (3), 36-41.

Zanella, L. C. H. (2011). *Metodologia de Pesquisa*. Florianópolis: SEAD/Universidade Federal de Santa Catarina.

Apêndice

Apêndice 1 – Guião da entrevista

Gestão Hospitalar Humanizada: Perspectiva dos Profissionais de Saúde em uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Caracterização da amostra:

Função:

Antiguidade na profissão:

Antiguidade na organização:

- 1) Como avalia a importância do seu trabalho na UTIN?
- 2) Para si, o que representa trabalhar em uma UTIN?
- 3) Quantas horas por semana trabalha na UTIN deste hospital? E esse é seu único emprego? Que avaliação faz dessa jornada?
- 4) Quais os principais desafios/problemas que enfrenta no seu trabalho? Como tem gerido essas situações?
- 5) Que fatores estimulam o seu trabalho na UTIN deste hospital? Porquê?
- 6) Que fatores desestimulam o seu trabalho na UTIN deste hospital? Porquê?
- 7) Que sentimentos sente em lidar com pacientes graves? Porquê?
- 8) Como descreve o seu relacionamento com as famílias dos pacientes? Porquê?
- 9) Como avalia o seu relacionamento com os colegas de equipa? Porquê?
- 10) Como avalia o seu o seu relacionamento com as chefias? Porquê?
- 11) Considera que as suas opiniões são ouvidas e valorizadas pela organização? Tem a possibilidade de participar na tomada de decisões?
- 12) Tem acesso às informações importantes relativas a UCIN (por exemplo: dados estatísticos dos pacientes, metas a alcançar, objetivos já alcançados)?
- 13) Sente-se como um membro que realmente pertence a equipa da UTIN? Porquê?

- 14) Para si, o que significa cuidado humanizado?
- 15) Para si, quais as condições necessárias para o profissional de saúde adotar um desempenho mais humanizado? Porquê?
- 16) Conhece os valores desse Hospital? Se sim, indique-os e comente sobre a sua relevância. Se não, porque razões?
- 17) Que medidas práticas reconhece que a gestão do Hospital tomou para o cuidado humanizado? Como as avalia? Porquê?
- 18) Quanto aos aspetos físicos (por exemplo arquitetura, clima, decoração, quadro de avisos, área repouso) o que entende contribuir/ter sido criado pelo Hospital para promover o cuidado humanizado? Porquê?
- 19) Quanto a comunicação oral e escrita, o que entende contribuir para um cuidado mais humanizado? Porquê?
- 20) Que medidas, ainda não adotadas pelo Hospital, poderiam contribuir para um cuidado humanizado? Porquê?
- 21) Que medidas adotadas pelo Hospital o afastaram do cuidado humanizado? Porquê?
- 22) Como avalia a evolução dos cuidados humanizados neste Hospital ao longo do tempo?
- 23) Já realizou alguma formação no sentido de capacitá-lo para melhorar sua atenção ao paciente em relação a Humanização? Se sim, esta foi definida pelo Hospital ou da sua iniciativa? Se sim, como avalia o seu contributo? Se não, considera que seria relevante?
- 24) Que outras sugestões, gostaria de apresentar, em prol de um cuidado mais humanizado neste hospital?