

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa de Pós-Graduação em Administração – Propad**

Larissa Momm Machado Maranhão

**Espiritualidade no ambiente de trabalho: um
estudo de caso no Real Hospital Português de
Beneficência em Pernambuco**

Recife, 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A DISSERTAÇÃO

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- "Grau 1": livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- "Grau 2": com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- "Grau 3": apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

A classificação desta dissertação se encontra, abaixo, definida por sua autora. Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área da administração.

Título da Dissertação: Espiritualidade no ambiente de trabalho: um estudo de caso no Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco.

Nome da Autora: Larissa Momm Machado Maranhão

Data da Defesa: 21/07/2016

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1 ☒

Grau 2 ☐

Grau 3 ☐

Recife, 21 de julho de 2016.

Larissa Momm Machado Maranhão

Larissa Momm Machado Maranhão

**Espiritualidade no ambiente de trabalho: um estudo
de caso no Real Hospital Português de Beneficência
em Pernambuco**

Dissertação apresentada como requisito complementar para a obtenção do grau de Mestre em Administração, área de concentração em Gestão Organizacional, do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Profº Dr. Marcos Gilson Gomes
Feitosa

Recife, 2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

M311e	Maranhão, Larissa Momm Machado Espiritualidade no ambiente de trabalho: um estudo de caso no Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco / Larissa Momm Machado Maranhão. - 2016. 157 folhas : il. 30 cm. Orientador: Prof. Dr. Marcos Gilson Gomes Feitosa. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016. Inclui referências, apêndice e anexos. 1. Hospitais - administração. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Assistência hospitalar. 4. Espiritualidade. I. Feitosa, Marcos Gilson Gomes (Orientador). II. Título. 658 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 –074)
-------	--

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa de Pós-Graduação em Administração - Propad

Espiritualidade no ambiente de trabalho: um estudo de caso no Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco

Larissa Momm Machado Maranhão

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 21 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Profº. Marcos Gilson Gomes Feitosa, Doutor, UFPE (Orientador)

Profª Vânia Lima de Sant'Anna, Doutora (Examinadora Externa)

Profº Sérgio Alves, Doutor, UFPE (Examinador Interno)

Dedico esta dissertação aos meus pais, Carlos Alberto e Ofélia, que me educaram com amor e dedicação. Dedico também ao meu marido, Lucio, que se fez presente durante esse período do mestrado, sendo compreensivo e contributivo para o alcance dos meus objetivos.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível.

Aos meus pais, Carlos e Ofélia, a minha irmã e meu cunhado, por entenderem a minha ausência durante esse tempo de dedicação.

Meu esposo, Lucio, que alimenta meu espírito com seu amor e sempre acreditou que eu conseguiria chegar até aqui.

À Prof^a Isabel, minha grande mestra, amiga e parceira de todas as horas. Ao meu orientador, Prof. Marcos Feitosa, que soube me conduzir, respeitando o tempo de cada etapa. Ao Prof. Marcos Primo, que surgiu durante este processo como incentivador e motivador desta árdua tarefa. À professora Vânia Santana e ao prof. Sérgio Alves, que são grandes profissionais que contribuíram para meu crescimento, pelos exemplos inspiradores de educadores e pesquisadores que são, e ao meu colega do trabalho e mestrado, Diego Jacques, que deu aquele empurrão, assim como anjos que aparecem em nossas vidas e nem sequer conhecemos pessoalmente.

Agradeço às minhas amigas por toda ausência, mas que será recompensada.

Institucionalmente, à Faculdade dos Guararapes, por proporcionar este investimento na minha carreira com o tempo dedicado aos estudos, assim como à Universidade Federal de Pernambuco, por oferecer esta oportunidade de um curso de qualidade por excelência em seu corpo docente. E ao Real Hospital Português, por permitir esta pesquisa, assim como aos participantes, por contribuírem na construção de conhecimento.

Por fim, agradeço a todos que participaram de maneira direta ou indireta para o desenvolvimento desta dissertação e que aqui não foram mencionados.

“A maravilhosa disposição e harmonia do universo só pode ter tido origem segundo o plano de um Ser que tudo sabe e tudo pode. Isso fica sendo a minha última e mais elevada descoberta”.

Isaac Newton

Resumo

As possibilidades de significado de espiritualidade vêm ganhando expressão no ambiente de trabalho em resposta às inquietações dos funcionários que buscam equilíbrio e bem-estar no espaço laboral, essencialmente no ambiente hospitalar, de modo a atender as necessidades dos usuários, dos colaboradores, das comunidades, e, estrategicamente pode ser uma nova abordagem na estrutura organizacional, com o avanço na fronteira do conhecimento nesta área. A ênfase desta dissertação incide sobre a percepção dos gestores sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco (RHP). Os aspectos que motivaram a escolha do tema estão diretamente relacionados à carência de estudos no que se refere à Espiritualidade no Ambiente de Trabalho (EAT) e por possibilitar novos olhares dos gestores que poderão visualizar um rosto mais humano em suas funções. Assim, os construtos tomados como base desta dissertação foram a Gestão em Hospitais, a Espiritualidade no Ambiente de Trabalho, a Humanização no Ambiente Hospitalar e a Liderança Servidora. A pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa, utilizando como estratégia o estudo de caso, do tipo exploratória. A coleta de dados foi realizada sob a forma de entrevista individual semiestruturada e os dados analisados de acordo com a Análise da Pragmática da Linguagem proposta por Mattos (2005). As observações foram efetivadas no ambiente do hospital e as entrevistas realizadas com 11 gestores do RHP. Os resultados mostraram que a maioria dos gestores percebe a espiritualidade no ambiente de trabalho, tal como foi proposta e, por estar vinculada ao contexto hospitalar, existe uma forte correlação com a prática da humanização na saúde.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar. Humanização da Saúde. Espiritualidade no Ambiente de Trabalho.

Abstract

The possibilities of spirituality definitions are gaining expression in the work field as a result of employees seeking balance and welfare in the workspace, primarily in the hospital environment in order to meet the needs of users, employees, communities, and it can strategically be a new approach to the organizational structure, with the advance of the knowledge frontiers in this area. The emphasis of this dissertation stands on the perception of managers about spirituality at Real Hospital Português' work place in Pernambuco (RHP). The aspects that motivated the choice of this theme are directly related to the lack of studies regarding the Spirituality in the Workplace and allow managers to have a new perspective, being able to have a more human look towards their tasks. Thus, the constructs used as the basis of this work were the Management in Hospitals, Spirituality in the Workplace, Humanization in the hospital environment and Servant Leadership. The research is characterized as qualitative, using as strategy an exploratory-type case study. Data collection was carried out in the form of semi-structured individual interviews and analyzed according to the Pragmatic Analysis of the Language proposed by Mattos (2005). The observations took place in the hospital environment and the interviews were made with 11 managers from RHP. The results showed that most managers perceive spirituality in the workplace, just like proposed, and for being linked to the hospital context, there is a strong correlation to the practice of humanization in healthcare.

Keywords: Hospital management. Humanization of Healthcare. Spirituality in the Workplace.

Lista de Figuras

Figura 1 (3)- Estruturação dos objetivos da pesquisa e categorias de análise

76

Lista de Quadros

Quadro 1 (2)- As principais dimensões da EAT	35
Quadro 2 (3)- Síntese metodológica da pesquisa	69
Quadro 3 (3)- Dimensões da espiritualidade nas organizações	72
Quadro 4 (3)- Período e duração das entrevistas	73
Quadro 5 (4)- Categorias de análise por objetivo específico	77
Quadro 6 (4)- Caracterização dos entrevistados da pesquisa	81

Lista de Tabelas

Tabela 1 (2)- Leitos de internação hospitalar por tipo de prestador, segundo as regiões de desenvolvimento e os municípios – Pernambuco 2014	54
Tabela 2 (2)- Número de estabelecimentos de saúde por tipo, segundo as regiões de desenvolvimento e os municípios - Pernambuco – 2014	55

Lista de Siglas

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

EAT – Espiritualidade no Ambiente de Trabalho.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONA – Organização Nacional de Acreditação.

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PROPAD – Programa de Pós-graduação em Administração.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sumário

1 Introdução	16
1.1 Objetivos da pesquisa	22
1.1.1 Objetivo geral	22
1.1.2 Objetivos específicos	23
1.2 Justificativa e contribuição do estudo	23
2 Referencial Teórico	26
2.1 Espiritualidade e religião: breves considerações	26
2.2 Espiritualidade no Ambiente do Trabalho (EAT)	31
2.2.1 Liderança	39
2.3 O hospital no sistema de saúde	46
2.3.1 O setor dos hospitais em Recife/PE	53
2.4 A gestão em hospitais	55
2.5 Humanização na Saúde	59
2.5.1 Humanização na assistência hospitalar	63
3 Procedimentos Metodológicos	67
3.1 Caracterização da pesquisa	68
3.2 Estruturação da pesquisa	69
3.3 Estratégia metodológica	70
3.4 Observações do estudo	77
4 Apresentação e Discussão dos Resultados	78
4.1. Caracterização da organização	79
4.1.1 Caracterização dos entrevistados da pesquisa	80
4.2 A visão dos gestores sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho	82
4.2.1 Percepção sobre espiritualidade	82
4.2.1.1 Espiritualidade não está dissociada da religiosidade	83
4.2.1.2 Espiritualidade como transcendência	84
4.2.1.3 Espiritualidade a partir do domínio moral e dimensão humanizadora	86
4.2.1.4 Espiritualidade que reflete as qualidades do espírito	87
4.2.2 A gestão nos hospitais	88
4.2.2.1 Desenvolvimento de habilidades técnicas, organizacionais e humanas	88
4.2.2.1.1 Desenvolvimento de habilidades técnicas por meio de treinamentos	88

4.2.2.1.2 Desenvolvimento de habilidades técnicas por meio das competências individuais	89
4.2.2.1.3 Desenvolvimento de habilidades organizacionais mediante formalização de processos e rotinas	91
4.2.2.1.4 Desenvolvimento de habilidades humanas procurando entender as necessidades pessoais	92
4.2.2.2 Gestão humanizada	94
4.2.2.2.1 Gestão humanizada busca olhar as necessidades do indivíduo	94
4.2.2.2.2 Gestão humanizada voltada para ouvir o outro	96
4.2.2.3 Gerir grande quantidade de profissionais com relações distintas	97
4.2.2.3.1 A busca do equilíbrio entre as relações na gestão	97
4.2.2.3.2 A importância da comunicação entre as relações profissionais	100
4.2.2.4 Estimular a humanização na saúde	101
4.2.2.4.1 Humanização com o olhar voltado para o paciente	101
4.2.2.4.2 Humanização com o olhar voltado para os profissionais da saúde	104
4.2.2.4.3 Humanização com o olhar voltado para a Instituição	105
4.3 Sobre as dimensões espirituais presentes na administração do hospital em estudo	106
4.3.1 Entendimento sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho	106
4.3.1.1 Sentido de comunidade na equipe	106
4.3.1.2 Alinhamento do indivíduo com os valores da organização	108
4.3.1.3 Trabalho com significado	112
4.3.1.4 Alegria no trabalho	114
4.3.1.5 Oportunidade para vida interior	114
4.4 Sobre os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital em estudo	116
4.4.1 Liderança	116
4.4.1.1 Gestão com respeito	117
4.4.1.2 Gestão com generosidade	120
4.4.1.3 Gestão com escuta ativa (atenção)	123
4.4.1.3 Integrar valores humanos à vida profissional	124
4.4.2 Humanização na assistência hospitalar	126
4.4.2.1 Respeito aos pacientes	126
4.4.2.1.1 Respeito aos pacientes melhorando o atendimento por meio de treinamentos	126

4.4.2.1.2 Respeito aos pacientes por meio do planejamento dos gestores	128
4.4.2.1.3 O paciente como ator principal	128
4.4.2.2 Humanizar o atendimento	131
4.4.2.3 Sentimento de solidariedade entre a equipe	133
4.4.2.4 Desenvolvimento de autonomia	134
4.4.2.4.1 Autonomia dentro da competência	134
4.4.2.4.2 Autonomia para resoluções padrão	135
4.4.2.4.3 Sem a percepção da autonomia	136
4.4.2.5 Expressão dos sentimentos	136
5 Conclusões	139
5.1 Sugestões para estudos futuros	143
Referências	144
Apêndice A – Entrevista Semiestruturada	152
Anexo A – Carta de Anuência	153

1 Introdução

Esta seção irá introduzir o tema central do estudo, que é a Espiritualidade no Ambiente do Trabalho (EAT), no âmbito de uma organização hospitalar. Nesta seção, serão realizadas a contextualização do estudo, a definição dos objetivos, geral e específicos, e a justificativa.

O mundo vem passando por conflitos na sociedade, que refletem situações de deturpações dos valores morais e que se percebem nos comportamentos humanos extremamente egoístas e perversos. Nesse cenário, aparentemente, parece haver pouco espaço para falar e muito menos praticar a espiritualidade (VASCONCELOS, 2015).

A vivência da pós-modernidade, marcada por imprevisibilidades, descontinuidade e ritmo acelerado, tem provocado no homem sentimentos de desajustamento e inadequação permanentes com repercussões em nível existencial em virtude dessa realidade histórica na qual predomina um individualismo narcísico característicos de uma sociedade consumista e egoísta, verifica-se um repensar e revalorizar as questões da espiritualidade que, em oposição às noções de produtividade e competitividade, emergem como garantia de uma ação humana que se pretende autêntica, eficaz e repleta de sentido e significação (CARVALHO, 2011).

Em muitos casos, esse cenário se repete nas organizações. O foco somente na rentabilidade, conseguidos a partir de ritmos alucinantes e cada vez mais frenéticos pela busca de resultados que são esperados pelos acionistas e investidos, põe em risco o reconhecimento do homem, que busca significados em seu trabalho. Nunca foi tão premente uma revisão das atuais práticas de gestão nas organizações, em consonância com as expectativas e desejos de todos os seus *stakeholders* (CHANLAT, 2009).

Dessa forma, o surgimento da espiritualidade parece sofrer algumas resistências, visto que o mundo está impregnado pela consciência racional-lógica e pelo pensamento linear e

cartesiano (MENEGAT, 2010). Porém, na contramão desse modelo, Carvalho (2011) alerta que existe um movimento de expansão da espiritualidade, refletindo uma nova visão antropológica em que o *eu* fragmentado, individualista e autossuficiente do cartesianismo dá lugar ao *eu* dialógico, comunitário e humanístico. Esse movimento ganha espaço em vários ambientes, pois na história da gestão organizacional, as pessoas que eram consideradas, inicialmente, “mão-de-obra numa visão desfragmentada, reducionista e economicista, vêm reclamando o reconhecimento pelas suas capacidades emocionais, cognitivas e humanas”, quer individualmente, quer nas equipes de trabalho, como seres que são livres, pensam, decidem e têm necessidades que vão além das relações interpessoais (CALDEIRA; GOMES; FREDERICO, 2011, p. 26).

Nesse sentido, parece surgir uma nova geração que pode ser designada como a “geração espiritual”, na qual acontece um retorno do discurso sobre o moral, provavelmente pela falta desta na realidade dos comportamentos humanos (COMTE-SPONVILLE, 2007). Vasconcelos (2008) sugere que a humanidade está passando por um processo de desenvolvimento de consciência no qual o sentido de totalidade é destacado. Por ter várias características evolucionárias, esse processo abrange todas as instituições, inclusive as organizações empresariais.

Para Cavanagh (1999 apud SILVA; SIQUEIRA, 2009, p. 772), cada vez mais as empresas têm adotado “uma axiologia transcendental, ligada a valores como paz interior, verdade, respeito e honestidade. Essa proliferação de princípios, de orientações e de ações estaria relacionada a uma busca cada vez maior por significado, equilíbrio, humanização da organização e uma maior integração da empresa com a sociedade”.

A expansão do movimento de espiritualidade no ambiente de trabalho (EAT) se insere em uma perspectiva organizacional vinculada a uma postura mais humanista diante do mundo, a qual, a despeito de certos movimentos racionalistas (redução de custos, flexibilização dos

contratos de trabalho, terceirização, entre outros), tem considerado cada vez mais a importância da unicidade e multiplicidade do ser humano (SILVA; SIQUEIRA, 2009).

Percebe-se, então, o crescimento do interesse pelo assunto da espiritualidade no ambiente de trabalho, que traduz a manifestação do sentimento espiritual de conexão e valorização da vida (BARRETO, 2012). Com este propósito, se verifica um quadro de valores organizacionais evidenciado na cultura, que promove a experiência de transcendência dos empregados a partir dos processos de trabalho, facilitando o seu sentido de conexão com os outros, estimulando sentimentos de plenitude e alegria (JURKIEWICZ; GIACALONE, 2004).

Importante destacar que, segundo a visão de Pazzola (2002 apud LEAL; RÖHR; JUNIOR, 2010), a espiritualidade está relacionada com o desenvolvimento dos valores humanos, e não com a prática de rituais. Ashmos e Duchon (2000); Rego; Cunha e Souto (2007) ratificam que a EAT não está relacionada com qualquer tradição religiosa. Os fatores espirituais devem ser nutridos no trabalho, por meio dos valores pessoais e da filosofia de vida dos empregados. Essa filosofia diz respeito aos colaboradores que experienciam um propósito e um significado no seu trabalho, um sentido de conexão com as outras pessoas e a sua comunidade laboral.

Em um sentido amplo, a espiritualidade nas organizações pode ser considerada como resultante de elevados valores esposados e da consciência coletiva dos seus dirigentes. A busca pela espiritualidade entre esses dirigentes é identificada a partir de uma dicotomia entre sustentar os valores que acalentam em suas vidas particulares e aqueles vigentes nos locais de trabalho. Portanto, essa busca existe no intuito de preencher tal vazio (WILLIAMS, 2003 apud VASCONCELOS, 2008). Com este propósito, os modelos administrativos têm evoluído para posturas mais participativas, descortinando campos para investimentos afetivos, emocionais e até mesmo espirituais no trabalho (SILVA; SIQUEIRA, 2009). Em destaque, os profissionais da saúde, que trabalham em um ambiente hostil à natureza humana que potencializa a

fragilidade física e vulnerabilidade emocional diante do processo saúde-doença, que também devem ser cuidados pelos seus gestores como seres espirituais.

O interesse por pesquisar sobre as dimensões da espiritualidade nas organizações hospitalares perpassa a ideia de que é difícil dissociar a relação existente entre a valorização dos funcionários no sentido profissional, financeiro, psicológico, e a devolutiva que estes darão aos pacientes. De maneira geral, o serviço prestado aos pacientes é o reflexo da relação que a instituição mantém com os seus empregados (ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008).

O hospital é visto pela sociedade não só como uma empresa que presta serviços, mas que lida com elementos preciosos, como direito à saúde e à vida. É pelo ser humano que o hospital tem obrigação de zelar (ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008). Isso confere à área de saúde uma característica de possuir um relacionamento interpessoal intenso com seus pacientes, demonstrando particularidades em sua especificidade, o que merece consideração na gestão deste tipo de organização (ZOBOLI; FRACOLLI, 2006).

Ratifica-se a importância da instituição hospitalar por meio do grau de relações que a mesma mantém com os indivíduos e a coletividade em geral. Isso advém do papel essencial dessa instituição em momentos fundamentais da vida das pessoas, como na ocasião do nascimento, da doença e da morte (GONÇALVES, 1998). Essas demandas sociais provocadas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no seio das instituições fundamentais, tais como escolas, organizações políticas e instituições religiosas.

Um ponto diferencial nesse tipo de organização diz respeito às relações de trabalho. Nesses ambientes, as relações se estabelecem sob diferentes ângulos: por um lado, por meio das relações médico-paciente, que focam o tratamento, a prevenção e o atendimento à saúde, e, por outro lado, por meio das relações de trabalho que permeiam as hierarquias e os *ethos* de trabalho, sob a ótica humanista, e os modos de organização da produção e consumo da saúde dentro do hospital, sob a ótica gerencial (SENHORAS, 2007).

Nesse ínterim, o Ministério da Saúde, no ano de 2000, numa proposta com o foco humanista, desenvolveu uma nova cultura de atendimento à saúde por meio da regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este programa está composto por um amplo conjunto de iniciativas que irão designar a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional. O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face a face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (DESLANDES, 2004).

Para Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006), hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade. Vale ressaltar que a humanização é muito mais do que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção, pois significa estreitar relações interprofissionais, que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração, junto à razão, se manifeste nas relações de trabalho do dia a dia.

Esse modelo de gestão hospitalar atual compreende que além de tratar os pacientes, deve-se preocupar com o bem-estar de seus funcionários. Portanto, o administrador desse sistema deve ser capaz de acompanhar transformações, compreender a dinâmica atual do mercado de saúde e desenvolver as habilidades necessárias para atuar (BOMFIM, 2002). É fundamental que estes gestores desenvolvam um estilo dinâmico e aberto, capaz de criar oportunidades, liberar potencialidades, remover obstáculos, encorajar iniciativas individuais e promover o desenvolvimento pessoal e profissional, ou seja, que adotem estilos de direção

democráticos e participativos, baseados nos valores humanos e sociais. A manifestação relacionada à necessidade de proximidade entre gestores e trabalhadores pressupõe, no contexto da humanização, a valorização da vida, acima de qualquer processo estrutural e/ou técnico-científico. São os profissionais, por meio do seu trabalho e das relações que estabelecem, que determinam e retratam se o atendimento ao usuário é ou não é humanizado (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

O processo de humanização é amplo, complexo e abrange toda a administração do hospital. O cuidado com os seus funcionários, desde a preparação técnica e humana do profissional que presta o atendimento até a forma de olhar o paciente e seus familiares, deve buscar sempre uma visão integral e humana de cada um. Para a realização de um atendimento humanizado, haverá a necessidade de voltar para os aspectos espirituais, favorecendo a sua prática e dando espaço para que isso aconteça.

Nesse sentido e com base nos valores propagados pela espiritualidade, esta pesquisa irá abordar algumas dimensões que são fundamentadas nos estudos de Rego; Cunha e Souto (2005) e estão divididas em cinco, sendo elas: a) Sentido de comunidade na equipe; b) Alinhamento do indivíduo com os valores da organização; c) Sentido de préstimo à comunidade; d) Alegria no trabalho; e) Oportunidades para a vida interior.

Este estudo visa gerar conhecimento científico para contribuir com a compreensão de aspectos relacionados à espiritualidade no ambiente de trabalho de hospitais, de modo a aumentar o bem-estar dos indivíduos, das comunidades, das sociedades e, estrategicamente, pode ser uma nova abordagem na estrutura organizacional, como o avanço na fronteira do conhecimento nesta área.

Os questionamentos que auxiliam na interpretação dos interesses e práticas da EAT estudadas neste trabalho envolvem as relações de interações sociais entre os funcionários, gestores hospitalares e sociedade (pacientes). O trabalho está estruturado em 5 (cinco) seções,

divididas primeiramente na introdução que menciona a contextualização do tema e a problematização; os objetivos, geral e específicos; e a apresentação da justificativa e contribuição do estudo. Na seção 2, será apresentado o referencial teórico, que abordará a revisão da literatura referente aos assuntos pertinentes ao tema da dissertação, sendo: compreensões acerca de espiritualidade e religião; espiritualidade no ambiente de trabalho; liderança espiritual; o hospital no sistema de saúde; a gestão em hospitais; humanização na saúde e humanização da assistência hospitalar. Os procedimentos metodológicos estarão em seguida, na seção 3, apresentando a estratégia metodológica utilizada e as observações sobre o estudo. Na seção 4 estão a apresentação e a discussão dos resultados, finalizando na seção 5, com a conclusão.

Dessa forma, procurou-se construir um caminho metodológico alicerçado em uma pesquisa de natureza qualitativa, com o intuito de responder à questão: **Como os gestores percebem a espiritualidade no ambiente de trabalho no Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco?**

1.1 Objetivos da pesquisa

Para responder à pergunta de pesquisa, serão traçados os objetivos, geral e específicos, detalhados a seguir.

1.1.1 Objetivo geral

Analisar como os gestores percebem a espiritualidade no ambiente de trabalho no Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco.

1.1.2 Objetivos específicos

- Apontar a visão dos gestores sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho;
- Descrever as dimensões espirituais presentes na administração do hospital em estudo;
- Constatar os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital em estudo.

1.2 Justificativa e contribuição do estudo

A questão espiritual sempre esteve muito entrelaçada à vida humana, tanto quanto outros aspectos essenciais a sua existência, tais como a necessidade de suprir a fome, a sede, o afeto (VASCONCELOS, 2008). Entre vários aspectos, a espiritualidade busca apoiar a vida dos seres humanos, por meio dos fenômenos da fé, esperança, esforços de harmonizar-se consigo, com a humanidade e como o cosmo (RÖHR, 2012).

O crescente interesse por espiritualidade no ambiente do trabalho pode ser, cientificamente, uma nova abordagem na estrutura organizacional. Pressupostos teóricos (ASHMOS; DUCHON, 2000; MILLIMAN et al., 2003; BENEFIEL, 2005; REGO, CUNHA e SOUTO, 2007; VASCONCELOS, 2007; BEZERRA e OLIVEIRA, 2007) concordam a respeito de como a espiritualidade no trabalho pode impactar positivamente, levando ao aumento do bem-estar dos indivíduos, da sociedade e das comunidades.

Segundo O'DONNELL (1997), desde a década de 90 um movimento em prol de mais espiritualidade nas organizações vem ganhando expressão em nível mundial. Essa percepção também é referida por Rego; Cunha e Souto (2007) e pode ser uma evidência concreta da atenção e preocupação que está existindo em se compreenderem alguns fenômenos que ocorrem dentro das organizações, devido ao processo de construção da relação entre e com os seus

diversos atores e, principalmente, a intenção de se identificarem os possíveis impactos das práticas e comportamentos que fazem parte desse universo corporativo.

Comprovando esse interesse, o tema espiritualidade conseguiu ser objeto de reconhecimento pela *Academy of Management*, que criou, em dezembro de 1999, o grupo de pesquisa “gestão, espiritualidade e religião”, sendo a última aprovação da revisão em maio de 2015.

Embora o tema seja explorado no mundo acadêmico internacional, em nosso país, verificamos a necessidade de maiores contribuições, principalmente com a vertente empírica (BARRETO; THOMPSON; FEITOSA, 2010). Alguns pesquisadores reforçam a pertinência do estudo sobre esta temática, atendendo ao mundo atual, e isso pode ser aplicável ao estado de Pernambuco, “uma vez que o mundo está cada vez mais descrito como sociedade das organizações e é responsabilidade dos investigadores organizacionais dar conta do papel que as instituições têm na determinação do bem-estar das sociedades e dos indivíduos que a compõem” (SHEEP, 2006, p. 357).

Apesar de este ser um tema emergente no debate científico na área da gestão, os trabalhos publicados, em particular aqueles aos quais tivemos acesso, realizaram-se em organizações que não pertenciam ao universo da saúde. Dessa forma, esta pesquisa contribui para um assunto inovador nessa área de conhecimento.

Analisando o cenário da pesquisa, a região possui em média 240 hospitais e 21 mil leitos, tendo o destaque para a excelência tecnológica da área e pelo alto grau de resolubilidade (SINDHOSPE, 2015). Essas observações reforçam a importância para os estudos nessa área, pois é fundamental o entendimento desses conceitos de espiritualidade por indivíduos que trabalham em ambientes na saúde, porque são propagadores de práticas que fomentam esse assunto. Um ambiente mais humanizado e, por conseguinte, espiritualizado no polo hospitalar

para a sociedade reforça a acuidade desse estudo localizado na cidade do Recife, com a possibilidade de implicações gerenciais.

Nesse sentido, identificamos a importância de um conhecimento mais aprofundado nesse contexto da espiritualidade na gestão em saúde, ampliando a discussão nacional na área de Administração sobre espiritualidade no ambiente de trabalho e entendendo que as conclusões deste estudo podem render novos insights para guiar os gestores dessa área específica, no sentido de provocar novos olhares, desenhando um rosto mais humano que potencializa a prestação de serviços com maior qualidade, em melhor ambiente organizacional.

Na seção seguinte, iremos retratar aspectos teóricos que fundamentam esta pesquisa.

2 Referencial Teórico

Nesta seção, serão apresentados os temas relacionados ao problema de pesquisa e que foram analisados para definição dos objetivos do estudo.

2.1 Espiritualidade e religião: breves considerações

A necessidade de breves considerações sobre estes termos se dá pelo motivo que espiritualidade e religião trazem algumas dúvidas quanto a este assunto. Deste modo, “procurar compreender a relação dialética com o conceito de espiritualidade, constitui, por sua vez, um campo epistemológico potencializado de percursos hermenêuticos absolutamente riquíssimos, que, no decorrer dos últimos anos, tem posicionado muitos investigadores em lados opostos” (CARVALHO, 2011, p. 76).

Definir religião não é uma tarefa fácil, pois a sua complexidade constitui não só os múltiplos e contraditórios exemplos do religioso, existentes no decurso da história da humanidade, como também as consecutivas deformações do conceito, fruto das suas inúmeras interpretações e rotulações (FORMOSINHO; BRANCO, 1997 apud CARVALHO, 2011).

A compreensão do que é religião pode variar enormemente dependendo da perspectiva em que nos encontramos. Em Coutinho (2012), existem várias definições de religião, podendo dividi-la em dois grupos: substantivas e funcionais. Na primeira do grupo substantivo está a descrição do que ela é, da sua essência, das crenças e práticas, da experiência do sagrado; no grupo funcional se encontra a referência ao que ela faz, ao seu papel, à sua função social.

A palavra religião etimologicamente deriva do latim “*religare*”, significando religar. A influência da cultura sobre o significado da definição de religião é diferente nas sociedades

ocidentais e orientais. No lado ocidental, marcado pela cultura judaico-cristã está associada à ligação do homem com algo superior, contato com o Sagrado, elevação a Deus como único e transcendente. Nas sociedades orientais, nas quais predominam o budismo e hinduísmo, o panteísmo é a crença de um deus em tudo, em que a religião é a ligação à própria natureza, a todos os seres vivos (COUTINHO, 2012).

Sobre a espiritualidade, o termo vem da palavra latina “*spiritus*” ou “*spiritualis*”, e etimologicamente significa sopro de vida, ou encontrar o seu sentido. Conforme definido por Mitroff e Denton (1999), espiritualidade é o sentimento básico de estar conectado com o próprio eu, com os outros e com o universo inteiro. Traz um sentido de pertença maior do que o âmbito individual.

Até o início do século XX, a espiritualidade estava diretamente ligada à visão de mundo das religiões. Somente os crentes podiam ter ou viver uma espiritualidade. Entretanto, a partir da segunda metade daquele século, inicia-se um período de um mundo que vive um momento histórico impactado pelas mudanças no contexto social, existencial e valorativo posterior a II Guerra Mundial. Sua característica principal é a descrença nas grandes ideologias que legitimavam os saberes, as sociedades, os sentidos da existência. Tal processo gera impacto de maneira pontual e incisiva, não apenas na compreensão de mundo, mas no entendimento de um conceito de espiritualidade. É interessante perceber que a espiritualidade foi dissociada, nessa perspectiva, da vivência de uma religião. Ela está ligada à necessidade da vivência existencial que procura uma relação com algo que transcenda a realidade (RUTHES, 2014).

Em Murad (2007, p. 125) um sincretismo de valores, símbolos, práticas é criado para fundamentar uma forma de ser espiritual, a qual é baseada em algumas características genéricas:

- Assumir uma postura de vida de “ser do Bem”, em todos os seus relacionamentos.
- Buscar um sentido integrador para a existência pessoal, coletiva e cósmica.
- Promover a cultura da paz, desenvolvendo a tolerância e o respeito às diversidades.

- Cultivar o cuidado com o ecossistema, visando à sustentabilidade.
- Fazer um caminho de evolução espiritual pela integração das pulsões, autoconhecimento, cultivo da sabedoria e iluminação.

O exame profundo da espiritualidade vai muito além do que o domínio da ciência e, aos cientistas, é permitido apenas a investigação de certos fenômenos a ela relacionados. Barros (2003) menciona que a espiritualidade, enquanto representativa da vivacidade do ser, de suas potencialidades de existência, representa a dimensão de infinito que habita em cada homem. Do ponto de vista da fé, a espiritualidade é como a seiva que circula no interior da árvore. As pessoas não a veem, mas ela garante a vida e a fecundidade. Um exemplo prático dessa visão é quando alguém saboreia uma manga doce e cheirosa, nem sequer pensar na seiva da mangueira, porém sem ela o fruto não existiria (MURAD, 2007).

Numa abordagem mais didática para compreensão do tema, Heaton; Schmidt-Wilk; Travis (2004, p.63-65 e 74 apud Vasconcelos, 2008) apresentam três vertentes distintas, a saber:

- 1- Espiritualidade pura: refere-se à silenciosa e ilimitada experiência interior de pura autoconsciência. É um estágio destituído de percepções, pensamentos e sentimentos preconcebidos, quando se propõe atender ao chamamento de outras instâncias, muito mais superiores, que afetam o nosso eu.
- 2- Espiritualidade aplicada: refere-se às aplicações práticas e aos resultados mensuráveis que advêm da experiência interior acionada pela espiritualidade pura. Nesta vertente, há dimensões emocionais, como respeito, amor, humildade e coragem; moldura intelectual da ética; mecanismos sensoriais que recebem informação do mundo exterior; e comportamento coerente. Este estágio também pode ser medido em termos de adaptação às mudanças, satisfação nos relacionamentos de trabalho, atenção da liderança e práticas empresariais voltadas para a responsabilidade social e ambiental.

3- Desenvolvimento espiritual: é um processo holístico de transformação claramente positivo, em que todos os aspectos concernentes à personalidade crescem também decorrente da espiritualidade pura, embora nesse estágio os pensamentos, sentimentos e ações de um indivíduo são espontaneamente transformados com vistas a expressar valores da mais alta categoria.

É inquestionável que para muitas pessoas o interesse pelo desenvolvimento da espiritualidade tem sido acionado por mecanismos religiosos. Entretanto, Dalai Lama (2000, p. 33) atestou que não existe nenhuma razão efetiva que impeça que um indivíduo não possa desenvolver sua espiritualidade “mesmo em alto grau”, ou seja, virtudes tais como compaixão, paciência, tolerância, perdão, alegria, responsabilidade e harmonia, que promovem felicidade tanto para quem as exercita como para quem as recebe, independentemente de seguir qualquer sistema religioso.

Se existe alguns que irão tentar separar em conceitos distintos, argumentando que as preocupações de natureza espiritual não se coadunam com as preocupações próprias dos grupos religiosos adeptos a determinados movimentos religiosos (CAVANAGH, 2003) e que a espiritualidade, sendo uma capacidade humana, apenas diz respeito ao domínio moral, tendo um destino individual (BARRETO, 2012) e não ao domínio religioso (THOMPSON, 2004 apud CARVALHO, 2011), existe, também, quem argumente a interligação dos conceitos enfatizando os seus aspectos comuns, tais como: vida contemplativa, vivência harmoniosa e formas igualitárias de operar a busca de sentido por parte das mais marcantes tradições religiosas (ASHMOS; DUCHON, 2000).

Seguindo esse propósito, Coutinho (2012, p. 187) distingue assim:

“A relação do homem com o sagrado poderá ser dupla: religiosa, guiada somente pelas regras institucionais; espiritual, conduzida pelo sujeito. A espiritualidade, conceito amplamente utilizado na nossa modernidade, poderá ter alguma ambiguidade. Considera-se, aqui, que a espiritualidade poderá ser subjetiva ou objetiva. Na primeira, o sujeito é o princípio e o fim da demanda. Na segunda, o sujeito rumo a algo transcendente”.

Há quem mencione que espiritualidade e religião, apesar de existir convergência em muitos aspectos, não são a mesma coisa. Com frequência, presenciamos nos dias de hoje muitas pessoas procurarem por assuntos de cunho espiritualistas. Quando de fato são perguntadas sobre o que isso significa para elas, existe em comum: a rejeição pelo materialismo, seja ele político, econômico, filosófico ou ateísmo em geral; a crença numa força superior ao homem, que confere sentido à vida; e também um distanciamento em relação a religiões formais e tradicionais. Em outras justificativas, os conceitos podem variar das mais rasteiras declarações de autoajuda até os mais sinceros esforços de harmonizar-se consigo, com a humanidade e com o cosmo (RÖHR, 2012).

Cabe mencionar também, a visão de FERRY (2012, p. 234) sobre o que se denomina por espiritualidade laica. Segundo esse filósofo francês, a espiritualidade laica segue em oposição às espiritualidades religiosas, em busca da sabedoria e da espiritualidade sem Deus. Essa seria o grupo das grandes filosofias que não estão a serviço de uma religião, “culminam sempre na tentativa de dar uma resposta leiga à questão da vida boa, numa busca de sabedoria que não passa nem por um deus, nem pela fé, mas pelos meios disponíveis, aceitando a condição de mortal, pela simples lucidez da razão”.

Considerando, segundo Ashmos; Duchon (2000), que espiritualidade é um componente constante em todas as grandes religiões, não invalida que as pessoas, inclusive no seu local de trabalho, possam, por vezes, expressar as suas crenças religiosas. Este aspecto, no contexto do trabalho, assume particular relevância, uma vez que aquilo que se pretende é um clima organizacional positivo no qual cada colaborador se sinta livre, compreendido e respeitado ao nível da sua interioridade e espiritualidade (CARVALHO, 2011).

Enfatiza-se, portanto, que esta pesquisa não pretende fazer uma análise crítica de todas essas tendências, porém contribuir para um entendimento de espiritualidade que foge aos modismos de nosso tempo e enfatizá-la como parte fundamental e perene da humanização do

ser humano (RÖHR, 2012). Com base nesta breve exposição, procura-se sinalizar para o despertar da necessidade de operar em todos os ambientes somente pelo sistema dos bons valores e de contribuir positivamente, buscando a prática do bem onde caiba intervir.

2.2 Espiritualidade no Ambiente do Trabalho (EAT)

O trabalho é uma prática transformadora da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano (ZANELLI, BORGES-ANDRADE, BASTOS, 2014).

O homem não nasceu só para trabalhar, mas o trabalho livra o ser humano do ócio, da preguiça e do vício, além de trazer felicidade. Assim, segundo Oliveira (2002 apud PAULINO; VASCONELOS; ALVES, 2011), ao desprender produtivamente a sua energia e a sua inteligência, o indivíduo aumenta os seus poderes e a sua participação no contexto social, o que lhe traz alegria e felicidade, os quais são critérios considerados de excelência da arte de se viver.

Podemos incluir em algum desses critérios a espiritualização do ser. Verifica-se que a espiritualidade está presente desde que as pessoas têm existido. Corresponde a uma necessidade profundamente enraizada e genuína das pessoas e, portanto, vai além de ser um modismo (CAVANAGH, 2003). Nesse sentido, Barreto (2012, p. 35) destaca que a espiritualidade não é uma qualificação estática, mas que acontece em um processo de transformação. O autor complementa que “as organizações são resultantes da associação entre pessoas e, a dimensão espiritual existente no homem habita também o local do trabalho, não encarnada na organização, mas sim, inserida naqueles que a dão vida própria”.

Admitindo-se que a “espiritualidade é uma das dimensões que fazem parte do ser humano, e não podemos vê-la de forma isolada, sem nexos com as dimensões profanas” (RÖHR, 2011, p. 54), a dimensão humanizadora insere uma compreensão do ser na sua integralidade e

multidimensionalidade. Este estudo converge com o autor quando, ao refletir sobre a espiritualidade levamos em consideração a integralidade do ser humano (RÖHR, 2012).

Para os autores Rego; Cunha e Souto (2005), a espiritualidade no local de trabalho significa que os seres humanos são sensíveis a temas como: a justiça, a confiança, o tratamento respeitador e digno, a possibilidade de obterem no trabalho significado para a vida, as oportunidades de desenvolverem o seu potencial e se realizarem como seres emocional e intelectualmente válidos, as relações interpessoais de cooperação e ajuda, a possibilidade de se sentirem inseridos em comunidades humanas que lhes permitem satisfazer necessidades de afiliação e de pertença.

Considerando-se que as organizações são constituídas por pessoas, essas terão que acompanhar alguns desejos. Ao criar ambientes espirituais, as organizações estarão a promover o bem-estar, o equilíbrio, o dinamismo, o empenho, o sentido de identidade e de necessidade da organização para a realização pessoal e, em última análise, a felicidade interna e externa, ou seja, dos colaboradores e dos clientes (CALDEIRA; GOMES; FREDERICO, 2011).

É importante frisar que a decisão de se tornar uma organização espiritual será melhor refletida por toda empresa, se for disseminada como um traço da cultura organizacional, ou seja, valores compartilhados pelos seus membros (FRY; SLOCUM JR., 2008 apud BARRETO; THOMPSON; FEITOSA, 2010).

Refletindo brevemente sobre cultura organizacional, um conceito que se tornou clássico foi a de Edgar Schein (2004, p.17) que apresenta como um “conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna [...]”.

Para Daft (2010), cultura organizacional é o conjunto de valores, normas, crenças-guia e conhecimentos que são compartilhados pelos membros de uma organização e transmitidos

para os seus novos membros. Reflete a parte não escrita, que representa os sentimentos, mas que, em geral, passa despercebida.

LARAIA (2009) aponta que no final do século XVIII os germânicos utilizavam o termo *Kultur* para se referir aos aspectos espirituais de uma comunidade. Para Daft (2010), a cultura organizacional existe em dois níveis: na superfície encontram-se artefatos visíveis e comportamentos observáveis – o modo como as pessoas se vestem e agem, e os símbolos, histórias e cerimônias que os membros da organização compartilham. Os elementos visíveis da cultura, entretanto, refletem valores mais profundos das mentes dos membros da organização. Esses valores subjacentes, pressuposições, crenças e processos mentais são a verdadeira cultura.

Todo indivíduo traz um conjunto de crenças e valores pessoais para o local de trabalho. Valores pessoais e considerações morais que traduzem esses valores em comportamento são um importante aspecto da tomada de decisão ética nas organizações. Os antecedentes históricos, culturais, familiares, religiosos e comunitários dos gerentes modelam seus valores pessoais e fornecem princípios pelos quais eles realizam negócios. Além disso, as pessoas passam pelos estágios de desenvolvimento moral, que afetam sua capacidade de traduzir valores em comportamento (DAFT, 2010).

Os valores, segundo Freitas (1995) são importantes para a compreensão dos padrões que devem ser seguidos para se obter sucesso nas organizações, pois os aspectos culturais ditam normas, regras e rituais que desenvolvem uma mentalidade coletiva. Para Schein (2004) o conhecimento dos valores possibilita a realização de ações de mudança destes que são importantes para toda a estrutura das organizações.

Em Mendes (2012), as empresas que têm dado atenção ao intangível e buscado se espiritualizar mediante adoção de uma prática pautada no respeito, na moral e na ética, podem estar olhando o seu colaborador de forma humana, tratando o seu fornecedor como um verdadeiro parceiro e procurando empatizar com a situação colocada pelo seu cliente. Com esse comportamento elas estão demonstrando sabedoria espiritual.

Compartilhando desse preceito, Cavanagh et al. (2004, p. 132) atenta-nos informando que “o mundo empresarial não é espiritualmente neutro”. O autor sugere um *continuum* com a orientação espiritual organizacional. Considera-se que as empresas são mais ou menos propensas a uma ou outra polaridade que definirão “se as empresas serão entidades coletivas em que reverberam luz, trevas ou tons acinzentados” (VASCONCELOS, 2008, p.35).

O assunto espiritualidade no âmbito organizacional é recente e aborda questões subjetivas e intangíveis, o que dificulta sua definição. Em uma pesquisa aberta no Google (junho, 2015) encontrou-se a existência de 10.800.000 resultados sobre espiritualidade, dividindo-se em: espiritualidade na organização, 638.000; espiritualidade no trabalho, 682.000 e espiritualidade na empresa, 463.000. Outra busca mais refinada sobre o assunto no site do Google acadêmico revelou uma produção de 23.100 para espiritualidade na organização; 29.100 para espiritualidade no trabalho e 10.400 para espiritualidade na empresa. Fazendo um comparativo, atualizamos a pesquisa deste site no mês de maio de 2016 e encontramos 25.700 para espiritualidade na organização; 32.300 para espiritualidade no trabalho e 11.200 para espiritualidade na empresa, sem mencionar os outros sites de pesquisa que foram acionados para esta pesquisa.

Apesar de ser um tema recente, o interesse pelo tema da espiritualidade é crescente. Nesse sentido, o presente texto não se propõe a fazer conclusões em relação a este assunto, tampouco oferecer uma definição, mas contribuir com a percepção a partir de outros olhares. Dessa forma, adotaremos a expressão de espiritualidade que requer respeito e valorização do ser humano em todos os sentidos.

Encontramos nos artigos brasileiros uma definição que é a mais utilizada e faz referência ao trabalho de Ashmos e Duchon (2000): a espiritualidade no ambiente do trabalho é o reconhecimento, pela organização e pelos seus líderes, de que os empregados têm uma vida interior que alimenta, e é alimentada, na realização de trabalho com significado num contexto

de comunidade onde estão inseridos. Podemos dividir esta acepção em três dimensões, em que o primeiro componente, oportunidade para vida interior, se relaciona com a alma e pode ser acessada por meio de práticas como a meditação, a autorreflexão e as preces. O trabalho com significado é a segunda dimensão e pressupõe que os empregados têm a necessidade de sentir que o trabalho realizado tem sentido; e o terceiro, que é o sentido de conexão com a comunidade, sugere que a organização fornece o contexto ou a comunidade em que ocorre a expressão espiritual, com uma forte conexão ou relação com outras pessoas.

A partir de pesquisas empíricas, Rego; Cunha e Souto (2005) incluíram na EAT duas outras dimensões: alinhamento com os valores da organização, e alegria no trabalho. A primeira tem significado, à medida que os indivíduos sentem que existe congruência entre os seus valores pessoais e a missão/propósito da organização. A outra dimensão engloba os aspectos relacionados com o sentido de alegria e de prazer no trabalho.

Nesta pesquisa, adotaremos a escala de dimensões proposta por Rego; Cunha e Souto (2005), na qual serão ajustadas algumas palavras para melhor compreensão. Sendo assim, os principais aspectos relacionados aos estudos empíricos sobre EAT são relacionados a seguir, no Quadro 1 (2), a partir das cinco dimensões e dos temas essenciais de cada uma delas.

Quadro 1 (2)- As principais dimensões da EAT

Dimensão	Temas	Autores
Sentido de comunidade na equipe	Apoio mútuo entre as pessoas, formando espírito de comunidade	Ashmos; Duchon (2000); Milliman et al., 2003; Rego; Cunha e Souto (2007).
	Os membros do grupo/equipe se preocupam uns com os outros	Ashmos; Duchon (2000); Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Diminuição da competição interna	Bezerra e Oliveira (2007).
	Equipe como parte de uma família	Ashmos; Duchon (2000); Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	As pessoas estão ligadas por um propósito comum	Ashmos; Duchon (2000); Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).

Alinhamento do indivíduo com os valores da organização	Preocupação dos líderes da organização em ser úteis à sociedade	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Valores organizacionais proporcionam o bem-estar do empregado	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Sentir-se bem quanto ao seu futuro na organização	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Auxílio da organização ao empregado viver em paz consigo mesmo	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Emporwerment/Autonomia dos empregados	Milliman et al (2003).
	Qualidade de vida no trabalho (QVT)	Vasconcelos (2007); Bezerra e Oliveira (2007).
	Comportamento moral dos dirigentes	Vasconcelos (2007)
Trabalho com significado	Trabalho realizado é importante na vida	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Trabalho gera um benefício à sociedade	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
Alegria no trabalho	Alegria no trabalho	Vasconcelos (2007); Benefiel (2005); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Prazer para trabalhar	Vasconcelos (2007); Benefiel (2005); Rego; Cunha e Souto (2007).

Quadro 1 (2)- As principais dimensões da EAT (continuação)

Dimensão	Temas	Autores
Oportunidades para vida interior	Valores espirituais valorizados no local de trabalho	Ashmos; Duchon (2000).
	Respeito à vida interior do empregado	Milliman et al. (2003); Rego; Cunha e Souto (2007).
	Oportunidade para aplicar valores espirituais	Ashmos; Duchon (2000).
	Centros/práticas de meditação para empregados e gerentes	Bezerra e Oliveira (2007); Bell e Taylor (2004).
	Práticas de várias culturas adaptadas ao local de trabalho	Bell e Taylor (2004).
	Grupos de leitura de livros sagrados (no horário ou depois do expediente)	Bell e Taylor (2004).
	Disponibilizar tempo para ações comunitárias	Bezerra e Oliveira (2007).
	Difusão de conceitos de espiritualidade e valores universais	Bezerra e Oliveira (2007).

Fonte: Adaptado de Barreto (2012)

De acordo com Kolodinsky; Giacalone e Jurkiewicz (2008), existem três formas de entender a espiritualidade na organização: em nível mais basilar, a espiritualidade na organização pode ser entendida como a simples aplicação dos valores espirituais pessoais no local de trabalho; um segundo nível de compreensão implica a apreensão dos valores da organização; já num terceiro nível, que os autores denominam interativo, a espiritualidade da organização baseia-se na interação dos valores espirituais individuais com os valores espirituais reconhecidos na organização. Baseados nessa observação, assim como Caldeira; Gomes e Frederico (2011), corrobora-se com este último nível, pois entende-se que a pessoa se concretiza na relação com outras e a organização é um espaço de relação. Assim, não podemos considerar outra forma de entender a espiritualidade no local de trabalho senão de uma forma interativa.

Segundo Vasconcelos (2008), a configuração da espiritualidade nas organizações pressupõe a presença de alguns pilares fundamentais. Sem eles, visão, valores, moral, ética,

responsabilidade social e cidadania empresarial, não seria viável a prática de espiritualidade no ambiente organizacional. Sem esses pilares nas organizações, explica-se a existência de ambientes corporativos funestos, cheios de desconfiança e injustiças.

Neal (sd. apud Velloso [2014]) infere que “se qualquer organização quiser sobreviver, terá que promover radicais transformações em si mesma. Essas não se referem à estrutura, mas sim aos valores, essencialmente, aos valores do coração e da alma”, pois a empresa é um organismo que deve e precisa descobrir a sua dimensão transcendental, ou seja, a sua identidade, a sua razão de existir - a sua missão. Precisa, ainda, definir os seus valores e as suas crenças sobre os quais se apoiarão as suas políticas, os seus procedimentos e as suas ações internas e externas.

Cabe mencionar ainda que, segundo Caldeira; Gomes e Frederico (2011), existem dois conceitos que se relacionam com a espiritualidade na organização, mas não têm o mesmo significado, ou seja, não esgotam o seu sentido.

O primeiro é o conceito de “valor espiritual”. A espiritualidade na organização relaciona-se com os valores espirituais, mas não é somente isso. Os valores espirituais que podem ser mencionados são: a honestidade, a confiança, a temperança, a prudência, a honradez e a compaixão. Os valores espirituais apelam a uma postura ética, pois baseiam-se no respeito intransigente pela pessoa humana e pela sua dignidade. O segundo conceito é o conceito de “liderança espiritual”, central na investigação de Fry (2005 apud Caldeira; Gomes e Frederico, 2011 p. 29) e fortemente relacionado com a transformação organizacional. A liderança espiritual, segundo o autor, promove a motivação e inspira os colaboradores numa perspectiva transcendente e numa cultura baseada em valores altruístas no sentido de produzir um clima de trabalho motivacional, de compromisso e produtivo.

Ademais, a dimensão espiritual no local de trabalho emerge nas organizações, porém é pouco explorada no âmbito da saúde (CALDEIRA; GOMES; FREDERICO, 2011). Todavia,

verifica-se que nestes ambientes é solicitada a necessidade de investimentos que vão além das relações interpessoais, e que um programa de humanização necessita ser assumido como um processo de construção participativa que requer respeito e valorização do ser humano que cuida, pautado em valores e princípios humanos e éticos (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

Dessa forma, é essencial a sensibilização dos gestores dos hospitais para a questão da espiritualidade no ambiente de trabalho (EAT), desenvolvendo um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário deste processo (BRASIL, 2001). Nesse sentido, as transformações só serão efetivamente implementadas no trabalho se houver um envolvimento profundo dos dirigentes, ou seja, o que se considera o líder, embora essa generalização pareça exagerada. Em qualquer caso, são esses profissionais e sua bagagem de valores pessoais que estimulam o comportamento das empresas (VASCONCELOS, 2008).

2.2.1 Liderança

O termo liderança, etimologicamente, corresponde a pôr em movimento, conduzir pessoas para alcançarem objetivos. É uma expressão de várias definições, sendo retratada na literatura sob os mais diferentes pontos de vista, que irão mudar segundo a visão de mundo e formação do pesquisador, do objetivo da sua atenção e do interesse que move sua investigação. Nesse sentido, fala-se de um assunto de natureza multidimensional, com implicações de caráter social, histórico e político (GAIDZINSKI, PERES, FERNANDES, 2004).

Nos dias atuais, ser líder se tornou um mantra. É um suposto caminho para o dinheiro e o poder; um meio para a realização tanto individual como institucional e um mecanismo para, às vezes, criar mudanças – nem sempre para o bem comum. Quaisquer que sejam os pequenos e limitados sucessos da indústria, a humanidade, em larga escala, está sofrendo uma crise de confiança nos encarregados de liderar bem e com sabedoria, assim como de um excesso de

promessas bem-intencionadas, mas falsas, feitas por aqueles que deveriam tornar as coisas melhores (KELLERMAN, 2012).

Estudos no campo da liderança não têm atendido às soluções necessárias para as questões da liderança organizacional, uma vez que a maioria dos modelos atuais ainda não compreende a totalidade da função do líder (ZACCARO; HORN, 2003).

Kellerman (2012) retrata que nos últimos 100 anos as relações entre líderes e seguidores chegaram a um ponto de virada, se não a um ponto de ruptura. A literatura da liderança mudou, refletindo a mudança dos tempos. No fim do século XX, a liderança por meio de comando e controle estava morta e enterrada, e a liderança por intermédio da cooperação e da colaboração estava na moda. Em vez de tornar os líderes mais eficientes e éticos, parece que o efeito foi contrário – as coisas parecem ter piorado. De modo geral, o desempenho dos líderes está fraco em vários aspectos, pior que antes, frustrando aqueles que acreditaram que os especialistas possuíam as chaves do reino. Até bem recentemente, presumia-se que os líderes deveriam dominar, e os liderados, concordar. Pensa-se que a liderança é estática, mas não é.

De acordo com Vergara (2007), o ser humano não nasce líder, não há uma fórmula pronta. É necessário entender que o líder estará sempre em processo de aprendizagem exercendo suas competências, habilidades e atitudes, que se transformarão em ações positivas nas organizações.

Em um novo modelo de organização que começa a se estruturar, passou-se a buscar um tipo de “liderança mais holística que integrasse os quatro campos fundamentais que definem a essência da existência humana, o corpo (físico), a mente (lógico/pensamento racional), o coração (emoções, sentimentos) e o espírito” (MOXLEY, 2000 apud FRY, 2003, p. 694).

Uma empresa não cresce por fora enquanto seus líderes não crescerem por dentro. É de relativa surpresa a frequência de quantidade de dinheiro, energia e publicidade que as empresas

concentram em áreas que não produzirão crescimento. Folhetos bem elaborados e slogans cativantes não conseguirão se sobrepor à liderança incompetente (MAXWELL, 2010).

A incorporação do paradigma espiritual nas organizações implica na disposição dos líderes empresariais em aceitar e assimilar valores de ordem superior. Para Vasconcelos (2008, p. 00), “pressupõe a adoção de práticas de gestão que expressem com eloquência justiça, respeito, atenção e consideração aos outros, isto é, clientes, funcionários, parceiros e meio ambiente”.

Entretanto, observa-se que “o desenvolvimento da teoria sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho, bem como sua relação com a liderança está ainda no estágio da infância” (DENT; HIGGINS; WHARFF, 2005, p. 626 apud MARTINS; PEREIRA, 2009, p. 96), ainda está no início de sua construção.

A verdade é que os melhores líderes desejam servir aos outros, não a si próprios. Os verdadeiros líderes-servos: colocam os outros na frente em sua agenda; são confiantes o suficiente para agir assim; tomam essa iniciativa em benefício dos outros; não são pessoas preocupadas com status; procuram o bem da outra pessoa. A liderança de quem serve não deve ser motivada por manipulação ou autopromoção. No final, a amplitude da sua influência depende da profundidade de sua preocupação com os outros. Por isso é tão importante que os líderes estejam dispostos a servir (MAXWELL, 2010).

O líder servidor é aquele que comunica visão e valores não só por palavras, mas os expressa pelas suas atitudes e educa pelo trabalho. O ‘servir’ da liderança significa procurar entender e atender as necessidades dos liderados, sejam essas de recursos, de informações, de apoio ou de desenvolvimento da capacidade de cumprir com excelência sua missão, mas não significa se sujeitar a vontades nem conceder privilégios (HUNTER, 2006).

O líder servidor trata todas as pessoas com respeito e humildade, exerce a presença com escuta atenta, demonstra postura de aprendiz, e procura ser exemplo de pessoa e como

profissional. Com isso, conquista autoridade legítima e conduz o processo de liderança com tranquilidade (HUNTER, 2006).

Praticar o servir requer do líder o amor enquanto verbo expressado pelo comportamento de agir bem com os outros incondicionalmente, respeitar a todos, procurar entender e atender suas necessidades. É o amor para ouvir e apreciar o que o outro tem a dizer com sinceridade que gera confiança, respeito, união e inspiração. O amor é também a disposição de sacrificar o interesse próprio pelo interesse dos outros (HUNTER, 2006).

Uma das características para ser um líder melhor é a humildade em vez da arrogância, conforme relatado por Harrison (2015). Um líder humilde entende que nenhum indivíduo, nem mesmo o que ocupa o cargo de presidente, consegue sozinho criar uma organização. Jim Collins (2001) apud Harrison (2015) propôs um teste de humildade que tem relação com a janela e o espelho, em que, quando perguntados sobre os resultados, apontavam para janela, mas quando perguntados sobre erros e coisas que não deram certo, apontavam para o espelho.

Segundo Howard (2002, p. 236 apud VASCONCELOS, 2008, p. 95), “os líderes estão começando a entender mais completamente o impacto que os seus comportamentos têm sobre os outros, nas organizações e na sustentabilidade do planeta”. Corroborando, Maxwell (2010) reflete que a vantagem do líder não está em nascer dotado de uma inteligência excepcional, em ter um QI altíssimo ou talento. A vantagem deste está em sua atitude, não em sua aptidão. Infelizmente, muitos indivíduos se opõem a essa ideia, preferem acreditar que só o talento e a experiência sejam suficientes.

O desenvolvimento de um líder espiritualizado é concebido a partir da ideia de que tanto líderes quanto colaboradores possuem uma vida interior ou espiritual, e precisam, por meio da prática espiritual, desenvolver os valores, atitudes e comportamentos que são necessários para motivar intrinsecamente a si próprios e aos outros, para que eles tenham um senso espiritual de

bem-estar. O objetivo é chegar até as mais fundamentais e profundas necessidades individuais (FRY, 2003).

Uma característica importante para o líder, citada por Maxwell (2010), refere-se à generosidade. A generosidade não é acontecimento fortuito, pois provém do coração e permeia cada aspecto da vida do líder, afetando-lhe o tempo, o dinheiro, os talentos e os bens. Este a quem as pessoas querem seguir não acumula coisas só para si, ele o faz para ter do que dar aos outros.

Outro aspecto imprescindível que o líder de uma equipe ou organização estabelece é o tom da comunicação, devendo esta ser consistente, clara e cortês. Igualmente, também devem ser bons ouvintes; quando não ouvem, param de adquirir sabedoria, de "escutar" o que não está sendo dito (MAXWELL, 2010).

A comunicação é a base principal para um bom líder, de modo que todos se sintam persuadidos e motivados na execução. Para Batista (2011, p. 15), “de alguma forma, um bom líder é alguém que acredita nas pessoas, que se sente curioso em relação a elas e que desenvolve a capacidade de ouvir”.

Gelis Filho; Blikstein (2013) referem-se à comunicação assertiva por ser uma técnica que visa melhorar o diálogo respeitando a individualidade dos colaboradores. Esse modelo foi originalmente utilizado no mundo anglo-saxão, entre as décadas de 1960 e 1970, quando as relações nas empresas eram mais distantes e havia menos diversidade. É uma ferramenta desenvolvida nos Estados Unidos, que procura diferenciar os estilos de comunicação (agressivo, passivo, passivo-agressivo — considerados indesejáveis — e respeitoso-assertivo — considerado o ideal), visando aplicá-los de modo a melhorar e otimizar o diálogo.

Ao líder, é essencial o equilíbrio, a boa comunicação e ser bom ouvinte. Ele precisa do equilíbrio, para fazer com que seus liderados se sintam responsáveis pelas suas atividades; da boa comunicação, para que seus liderados se sintam motivados e persuadidos na execução de

suas tarefas; e saber ouvir, compreendendo as individualidades de sua equipe (DA SILVA, DA SILVA GAIÃO, 2015).

É preciso estar alerta, segundo alguns autores, pois o zelo demasiado do líder pela expressão da vida interior dos seus seguidores pode tornar-se problemático, se for visto pelos trabalhadores como coercitivo. Isso pode acontecer quando o líder espiritualizado se mostra demasiado rígido em relação à determinada crença ou prática. Este líder pode criar um ambiente de trabalho hostil quando aqueles que não compartilham de suas ideias se sentem marginalizados. Sendo assim, afirmam, para a eficácia desta liderança nas organizações, é preciso que a produtividade e o bem-estar dos trabalhadores sejam sempre conciliados (DUCHON; PLOWMAN, 2005 apud MARTINS; PEREIRA, 2009).

Essa atitude de coerção não deve ocorrer no modelo de liderança servidora demonstrado nesta pesquisa, que é fortemente baseado em valores morais e éticos, considerados elementares e fundamentais para a verdadeira transformação espiritual do indivíduo e das organizações.

Aprovando ainda mais essa proposta, Chopra (2002) confirma que os grandes líderes são aqueles capazes de responder por meio dos níveis mais elevados do espírito. Entendem que seus seguidores anseiam por liberdade, amor e valor espiritual e estão em sintonia com todos os níveis da experiência humana. Seguindo essa mesma ideia, Héjj (2004 apud VASCONCELOS, 2008, p. 103) considera “os líderes simpatizantes dos recursos espirituais como pessoas de forte convicção moral, buscam integrar respeitáveis valores humanos às suas vidas profissionais como parte importante de suas autorrealizações”.

Outro ponto da liderança espiritual a ser destacado é que sua operacionalização requer uma atitude do líder de “fazer o que for preciso”, em oposição à velha atitude burocrática de “isto não é meu trabalho” (FRY; SLOCUM, 2008). Portanto, não se pode esquecer de que a transformação da cultura organizacional materialista para uma cultura com valores mais

idealistas e altruístas exige que haja uma congruência de valores em todos os níveis da organização (FRY; MATHERLY, 2007 apud MARTINS; PEREIRA, 2009).

Se partirmos da premissa que o tema espiritualidade no trabalho é benéfico às pessoas, líderes que aceitam e assimilam suas propostas e princípios tendem a cumprir seus deveres de maneira mais eficiente e sábia. Suas gestões tendem a ser mais justas, equânimes e progressistas (VASCONCELOS, 2008).

Rego; Cunha e Souto (2007) afirmam que a espiritualidade dos líderes fecunda a espiritualidade das organizações. Ambientes organizacionais espiritualmente ricos podem conduzir a mais elevados desempenhos individuais e organizacionais. Esses ambientes nutrem ou fomentam a autoeficácia, o otimismo, a esperança e a resiliência dos empregados. Rosa (2013) traz uma visão sobre os líderes com valores espirituais que conseguem equilibrar dois aspectos fundamentais: fecundidade e produtividade.

Produtividade é a capacidade de produzir resultados com ações eficientes, fazer coisas acontecerem. O resultado da produtividade é o produto. Líderes produtivos sempre têm produtos a apresentar. O problema é que máquinas e não somente pessoas podem gerar produtos. A fecundidade, por sua vez, é a capacidade de gerar e transmitir vida. Líderes fecundos são aqueles que produzem resultados externos sem causar o empobrecimento de sua vida interior [...]. Podemos fazer muitas coisas, produzir muito, porém, sem gerar vida. O legado da fecundidade são frutos, não produtos. O fruto é sempre um "resultado" de uma conexão vital. É a uva que nasce da conexão do ramo à videira. Para haver fruto, é necessário haver vida (ROSA, 2013).

Dessa forma, o autor complementa que é assim que os líderes fecundos realizam coisas maravilhosas, criam projetos bem-sucedidos, demonstram resultados, mas preservam amizades, aprofundam vínculos, não se tornam pessoas intratáveis. Sabem orar e trabalhar, agir e contemplar, produzir e ao mesmo tempo fecundar. Liderança e espiritualidade não estão em mundos diferentes: se complementam, se reclamam mutuamente. Quando unidas, geram líderes altamente produtivos – e profundamente fecundos (ROSA, 2013).

Numa visão mais abrangente do assunto, Fry (2003) sugere que a liderança espiritualizada é caracterizada por indivíduos que manejam e vivenciam valores, atitudes e

comportamentos que os motivam intrinsecamente e aos outros, de forma a terem uma percepção mais aguçada de existência espiritual. O autor propõe como caminho as seguintes condições: (1) a criação de uma visão empresarial na qual os membros organizacionais possam expressar suas vocações e perceber significado no trabalho; (2) o estabelecimento de uma cultura empresarial/social escorada no amor altruístico pelo qual o líder e os seus seguidores manifestem atenção, preocupação e apreciação por si mesmos e pelos outros.

A proposta espiritualizante é mais profunda e mais rica em conteúdo e aspirações, porque prima em despertar o que há de melhor no interior de cada um de nós, rompendo com um sistema de valores mesquinho, iníquo e egoísta ainda vigente (VASCONCELOS, 2008).

2.3 O hospital no sistema de saúde

A palavra hospital é de raiz latina – *hospitalis* - e deriva de *hospes* – hóspedes, pois antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma aceção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium*, quer dizer – receber os doentes (BRASIL, 1965).

Encontra-se na origem do hospital a época anterior ao cristianismo, que posteriormente converteu-se em instituição social como obrigação do Estado, passando a fundá-los e mantê-los no momento do estabelecimento da transformação política democrática. Com o advento desta nova ordem a administração pública começa a tomar a seu cargo a assistência médica, em estabelecimentos hospitalares de acesso gratuito. No aspecto privado, a assistência não desapareceu, acompanhou o desenvolvimento da obra dos governos que, reconhecendo-lhes os méritos, entrou a auxiliá-la por meio de subvenções e regalias (BRASIL, 1965).

A evolução histórica dos hospitais, no Brasil, teve influência das obras de Misericórdia, fundadas em Portugal no século XV, que originaram a Irmandade das Santas Casas de

Misericórdia, sendo trazida no período colonial pelos padres jesuítas, no processo de catequização dos índios (GONÇALVES et al., 2006).

Os recursos pecuniários destinados a essa obra de assistência eram escassos e as condições de conforto e higiene precárias. Nessas condições, somente os indivíduos desprovidos de recursos financeiros procuravam atendimento nessas casas, pois os que podiam pagar se tratavam em sua própria residência. Diante desse cenário, até os cirurgiões preferiam usar as casas dos pacientes, porque as condições dos setores cirúrgicos dos hospitais eram caóticas (BRASIL, 1965).

A partir do final do século XIX, os hospitais tornaram-se hegemônicos na saúde do Brasil com assistência predominantemente curativa de enfoque biológico, técnico e positivista, deixando de ser espaços para abrigo de pobres e adoentados (MELLO, 2008).

Atualmente, o princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS pode ser entendido como uma política de Estado, derivada de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição Cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um Dever do Estado”. Os princípios norteadores do SUS são: universalidade do atendimento, a equidade no acesso e a integralidade dos serviços. Acrescentam-se aos chamados princípios finalísticos, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (TEIXEIRA, 2011).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. No art. 2º, lê-se que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Os princípios do SUS trazem, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde (TEIXEIRA, 2011).

As fontes de receitas dos hospitais podem ser provenientes do sistema público – o SUS – ou privado – pacientes particulares, doações e operadoras de planos de saúde (GONÇALVES et al., 2006).

O hospital constitui uma das estruturas mais complexas da sociedade moderna e possui especificidades inerentes do setor por ter que desempenhar funções como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos, tratamentos, planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos (SENHORAS, 2007, p. 45). Apesar de ser considerado, no senso comum, como o centro do sistema de atenção à saúde, não se pode esquecer que o hospital é apenas uma das partes integrantes do macrossistema de saúde, que tem como objetivo realizar um trabalho eficiente no setor da saúde preventiva e curativa (BOMFIM, 2012, p. 16).

Sendo um prestador de serviços no campo assistencial, na prevenção e restauração da saúde, o hospital deve proporcionar meios para pesquisas e ensino em todas as atividades relacionadas com a saúde (LOUZADA; STANG; CALABREZ, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara sobre o tema:

[...] o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (MEZZONO, 2003 p. 20 apud LOUZADA; STANG; CALABREZ, 2008, p. 69).

Ademais, o hospital é um todo que busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do ser humano. Nesse aspecto, pode-se dizer que tudo o que acontece em

um hospital, é um retrato da fragilidade física do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, um espaço de busca e luta contra os seus males e problemas. É no hospital que se vê mais claramente a fraqueza e a força do ser humano na luta para vencer a morte. É no hospital que a humanização não pode faltar (LOUZADA; STANG; CALABREZ, 2008).

Gonçalves (1998) enfatiza a importância de analisar a instituição hospitalar em sua funcionalidade desde a estruturação, pois é no hospital que se encontram disponíveis não só os profissionais que compõem a equipe de saúde, entre outros, como também os recursos instrumentais com que a moderna tecnologia enriqueceu o exercício da medicina. A disponibilidade de recursos de diagnóstico e tratamento, bem como as possibilidades de pesquisa e aperfeiçoamento com que o hospital conta hoje constituem fatores fundamentais para identificá-lo como o organismo mais qualificado para contribuir para o encaminhamento de soluções para os problemas de saúde da comunidade.

A medicina se integra cada vez mais na atividade econômica global, fazendo o hospital ser pensado progressivamente como empresa, pois se percebe um crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. Ao pensar um hospital como empresa, é adequada a descrição atual de hospitais arquitetonicamente modernos, com estruturas e instalações que se aproximam das hoteleiras, assim como refinados serviços de apoio nas áreas de alimentação e conforto para pacientes, acompanhantes e visitantes. Ao mesmo tempo, estão sendo projetados para melhor adequação das áreas que despertam inquietudes na preservação do meio ambiente, gerando o equilíbrio entre crescimento econômico e justiça social (EMÍDIO, 2009).

Apesar de a infraestrutura hospitalar ter crescido e o acesso ao atendimento hospitalar ter melhorado nas últimas décadas, ainda existem desigualdades na distribuição espacial dos recursos hospitalares, especialmente os serviços de alta tecnologia, sendo quase inexistentes em algumas regiões do País (LE MOS; ROCHA, 2011).

Similar à outra organização, o hospital precisa estruturar de maneira racional todos os diversos setores referidos, com o intuito de atingir seus objetivos. Neste momento, aparecem as dificuldades, porque a estrutura define as relações que deverão desenvolver-se entre as pessoas e os grupos que convivem na organização hospitalar. Por ser um fato praticamente inevitável, é natural e compreensível que tensões e conflitos surjam e se estabeleçam entre pessoas que trabalham no hospital, pois em cada situação, há indivíduos que, por sua personalidade ou atividades que exercem, assumem papéis de liderança ou influência (GONÇALVES, 1998).

O referido autor sinaliza que, nesse sentido, observa-se no ambiente hospitalar tensões de natureza grupal e profissional, envolvendo, por exemplo, o corpo clínico, os médicos que trabalham no hospital. Esses são profissionais com os quais, muitas vezes, se tem dificuldade para trabalhar, pois são formados ou “deformados” ao longo dos anos de sua preparação acadêmica para estarem capacitados a exercer, a cada momento, decisões que envolvem a vida e a morte das pessoas. Percebe-se, então, a dificuldade em repartir o poder, em aceitar normas de disciplina coletiva, em ouvir sugestões ou recomendações (GONÇALVES, 1998).

O que algumas pesquisas retratam como sendo o "hospital moderno" não é o hospital rico e luxuoso como alguns julgam e, que só pode existir em país de milionários; o que nos falta é o hospital moderno, que pode ser simples e modesto, mas bem organizado e eficiente, e que mantém as mesmas finalidades da instituição nobre e humana, que sempre foi no passado e que guarda, no respeito que deve a si mesma e na confiança do público, seja com o objetivo da caridade ou da filantropia, seja a serviço do doente afortunado ou do indigente, “aquela mesma unção mística primitiva, procedente dos templos pagãos, redimida e aprimorada mais tarde pelo Cristianismo, que foi o precursor da assistência pública, oficial e, assim, da assistência médico-social, no seu conceito genérico” (BRASIL, 1965, p. 71).

A departamentalização exagerada do hospital pode resultar numa elevada fragmentação de tarefas e em alta especialização. Esse modelo, nos últimos trinta ou quarenta anos, serviu

muito bem a seus propósitos quando as rotinas hospitalares se caracterizavam por um desempenho estável desejado pelos administradores hospitalares, enfatizando apenas como fazer uma tarefa específica. De maneira insatisfatória, esse formato com características hierárquicas e verticais perde a funcionalidade em prol de atingir a razão de existir do hospital, que deve representar o melhor atendimento que o usuário procura. Portanto, superando a visão tecnicista resultante dos papéis limitados, que eram propostos no antigo formato administrativo, o comportamento dos funcionários do hospital vem passando a ser identificados sob a ótica humanística. Como qualquer entidade prestadora de serviços o hospital está, mais do que qualquer outra organização, na dependência do comportamento de seus recursos humanos (GONÇALVES, 1998).

Além de os hospitais serem as engrenagens principais do sistema de prestação de serviços de saúde, são responsáveis por todas as internações, oferecendo uma ampla gama de atendimentos ambulatoriais, empregando 56% de todos os profissionais de saúde e consumindo 67% do gasto total com a saúde e 70% dos gastos públicos na área (FORGIA; COUTTOLENC, 2009 apud LEMOS; ROCHA, 2011).

O setor hospitalar brasileiro possui uma importância vital no sistema de saúde do País. No que se refere ao tamanho, os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos, como pequenos (1 a 49 leitos), médios (50 a 149), grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos) (UGÁ; LOPEZ, 2007). Quanto à natureza jurídica, pode ser classificado como (MELLO, 2008):

- Público: pertencente a qualquer esfera do governo, atende o usuário de modo gratuito;
- Privado filantrópico: particular, com finalidade de atender determinada parcela de seus clientes de maneira gratuita;
- Privado com fins lucrativos: particular, com objetivo de lucros;

- Privado sem fins lucrativos (benéfico): particular, mas objetiva o atendimento de determinado grupo de usuários ou comunidade.

No Brasil, está composto por três subsistemas principais: hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais e municipais; hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS; hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS (LEMOS; ROCHA, 2011). Em seguida, apresenta-se tal divisão:

- Hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais e municipais. Quase todos são financiados pelo poder público. A maioria, 71%, é composta por hospitais municipais e a maior parte dos restantes por entidades estaduais. O governo federal opera um número relativamente pequeno de hospitais por meio do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura.
- Hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS. Cerca de 70% das unidades privadas recebem financiamento público. Isso inclui a maior parte das instituições sem fins lucrativos (filantrópicas e benéficas) e cerca de metade dos hospitais com fins lucrativos. As instituições filantrópicas vinculadas ao SUS operam por meio de convênios e são obrigadas a oferecer pelo menos 60% de seus leitos a pacientes do SUS. A maioria dos hospitais privados financiados pelo SUS também obtém fundos de fontes privadas em maior ou menor extensão.
- Hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS. Essas instituições, administradas e custeadas de forma privada, constituem cerca de 20% de todas as unidades hospitalares e 30% de todos os hospitais privados (FORGIA; COUTTOLENC, 2009 apud LEMOS; ROCHA, 2011).

Os hospitais brasileiros recebem por quase 20 milhões de internações por ano, além de produzirem $\frac{3}{4}$ de todos os atendimentos de emergência e uma significativa parcela de atendimento ambulatorial. A maior parte dos serviços é produzida pelo SUS, sendo a maior

parte destas internações financiadas pelo SUS feitas em unidades privadas (FORGIA; COUTTOLENC, 2009 apud LEMOS; ROCHA, 2011).

Não obstante a infraestrutura hospitalar ter crescido e o acesso ao atendimento hospitalar ter melhorado nas últimas décadas, ainda existem desigualdades na distribuição espacial dos recursos hospitalares, especialmente os serviços de alta tecnologia, sendo quase inexistentes em algumas regiões do País (LEMOS; ROCHA, 2011).

Enfim, não se deve perder de vista que o hospital é uma entidade ética vivente e deve atuar como agente moral consciente, explícito, sensível, presente na sociedade com uma atitude de zelo pela saúde e bem-estar das pessoas, a fim de não se afastar de seus propósitos humanitários devido a tensões interiores ou pressões externas (ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008).

2.3.1 O setor dos hospitais em Recife/PE

O Governo do Estado de Pernambuco destaca que o setor de saúde é o responsável por gerar cerca de cinco empregos para cada leito hospitalar existente, tendendo a crescer este número com a introdução de novas tecnologias na infraestrutura oferecida, diferentemente do que ocorre em outras atividades (GUIMARÃES, 2004).

Segundo dados do Sindicato dos Hospitais de Pernambuco (SINDHOSPE, 2015), a região possui em média 240 hospitais e 21 mil leitos, tendo o destaque para a excelência tecnológica da área e pelo alto grau de resolubilidade. A Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco (2013), informa que o Polo Médico do Recife é o maior do Norte/Nordeste e o segundo maior do Brasil. Atende a cerca de 20 mil pacientes/dia, sendo responsável por mais de 20 mil empregos diretos e ainda fortalece setores como hotelaria, transportes, escritórios e informática. Além de sua importância para a economia do Estado, o

Polo Médico do Recife se destaca pela oferta de serviços médico-hospitalares de avançada tecnologia e profissionais com alto padrão de especialização.

A maioria dos hospitais públicos pertence e é operada por municípios, e o governo federal é responsável por quase todos aqueles que são grandes instituições de ensino (LEMOS; ROCHA, 2011). A cidade do Recife concentra grande parte das internações hospitalares. Dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) retratam a quantidade de leitos de internação por tipo de prestador em 2014, seja ele público, filantrópico ou privado, demonstrados na Tabela 1 (2). Baseados nessa estatística, verifica-se que os hospitais públicos concentram a maior parte dos leitos de internação na cidade do Recife.

Tabela 1 (2)- Leitos de internação hospitalar por tipo de prestador, segundo as regiões de desenvolvimento e os municípios – Pernambuco 2014

Regiões de Desenvolvimento e Municípios	Total	Público	Filantrópico	Privado
Pernambuco	21.233	11.605	3.843	5.785
Região de Desenvolvimento Sertão de Itaparica	323	194	-	129
Região de Desenvolvimento Sertão do São Francisco	689	508	-	181
Região de Desenvolvimento Sertão do Araripe	625	293	128	204
Região de Desenvolvimento Sertão Central	436	299	-	137
Região de Desenvolvimento Sertão do Pajeú	1101	416	7	678
Região de Desenvolvimento Sertão do Moxotó	389	271	-	118
Região de Desenvolvimento Agreste Meridional	1133	763	127	243
Região de Desenvolvimento Agreste Central	1.993	1.525	203	265
Região de Desenvolvimento Agreste Setentrional	871	452	251	168
Região de Desenvolvimento Mata Sul	1817	1017	114	686
Região de Desenvolvimento Mata Norte	888	588	184	116
Região de Desenvolvimento Metropolitana	10.968	5.279	2.829	2.860
Recife	8.469	4.186	2.247	2.036

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, 2014)

De acordo com a Tabela 2 (2), que demonstra o número de estabelecimentos de saúde por tipo, segundo as regiões de desenvolvimento e os municípios, verifica-se que a cidade do Recife concentra 62,5% dos hospitais especializados, 17,34% dos hospitais gerais e 14,28% dos hospitais-dia.

Tabela 2 (2)- Número de estabelecimentos de saúde por tipo, segundo as regiões de desenvolvimento e os municípios - Pernambuco – 2014

Regiões de Desenvolvimento e Municípios	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital Dia
Pernambuco	48	196	7
Região de Desenvolvimento Sertão de Itaparica	-	6	-
Região de Desenvolvimento Sertão do São Francisco	2	9	2
Região de Desenvolvimento Sertão do Araripe	1	10	-
Região de Desenvolvimento Sertão Central	-	4	-
Região de Desenvolvimento Sertão do Pajeú	2	12	-
Região de Desenvolvimento Sertão do Moxotó	-	6	-
Região de Desenvolvimento Agreste Meridional	2	20	1
Região de Desenvolvimento Agreste Central	1	24	-
Região de Desenvolvimento Agreste Setentrional	1	12	-
Região de Desenvolvimento Mata Sul	1	19	-
Região de Desenvolvimento Mata Norte	-	8	-
Região de Desenvolvimento Metropolitana	38	66	4
Recife	30	34	1

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES - 2014)

2.4 A gestão em hospitais

Em um cenário em que as alterações ocorrem em um ritmo cada vez mais intenso, o gestor que atua no mercado de serviços de saúde deve ser capaz de acompanhar as transformações, compreender a dinâmica atual do negócio de saúde e desenvolver as habilidades necessárias para atuar em tal gestão (BOMFIM, 2002).

A administração de hospitais constitui-se numa especialidade complexa e peculiar da administração, por envolver união de recursos humanos e procedimentos muito diversificados.

Várias definições da administração da saúde foram formuladas. Refletimos, então, sobre esta:

Administração em saúde é planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar recursos e procedimentos pelos quais a demanda por cuidados médicos e de saúde, e as necessidades de um ambiente saudável são atendidos, mediante a provisão de serviços a clientes individuais, organizações e comunidades (MEZOMO, 2001, p.15 apud MIYAMOTO; STRUCKEL, 2012).

Assim como em qualquer outra organização, o gestor de hospitais precisa delegar poderes, dividir autoridade e atribuir responsabilidades. Vale salientar que se tiver uma postura centralizadora, devido à complexidade do negócio, poderá emperrar a estrutura, principalmente no caso de uma instituição de saúde, na qual ocorrem atividades críticas a todo o momento, funcionando 24 horas do dia, em todos os dias do ano (BOMFIM, 2002). De acordo com Nigel (1999 apud BOMFIM, 2002), o setor da saúde se diferencia dos demais por possuir algumas características, sendo eles: a intangibilidade; não estocabilidade; produção e consumo simultâneos; indivisibilidade; heterogeneidade; dificuldade de atribuição de preço e baixo índice de patenteabilidade.

Gerir um hospital não é tarefa fácil. Além de administrar todo o processo, é essencial, para acontecer o gerenciamento, que se tenham pessoas. O gestor realiza ações por meio de pessoas, da participação dos integrantes da equipe, seja em uma empresa ou apenas em um setor. E para isso deve desenvolver habilidades técnicas, organizacionais e humanas e primordialmente ter espírito de liderança. É preciso, além disso, atuar sempre com ética, valorizando e contribuindo para o crescimento dos colaboradores, respeitando o cliente e conhecendo profundamente o negócio. Esse conhecimento deve abranger toda a cadeia produtiva, do fornecedor ao cliente, pois nada se faz isoladamente no contexto do mercado. Acrescenta, ainda, que para acontecer uma boa gestão hospitalar devem-se conciliar os interesses distintos dos pacientes, acompanhantes, médicos, planos de saúde, acionistas, fornecedores e comunidade (BOMFIM, 2002).

A administração em saúde envolve uma grande quantidade de profissionais com diferentes relações que podem se estabelecer entre os membros da equipe, sem perder de vista as necessidades dos pacientes. A partir do conhecimento da área, é possível compreender as peculiaridades que fazem da administração de saúde uma arte, distinta da administração propriamente dita (MALIK; NEUHAUSER, 1983 apud MIYAMOTO; STRUCKEL, 2012).

Verifica-se neste ambiente que existem duas classes de profissionais que podem entrar em conflito nos hospitais: os gestores e os profissionais de saúde. Isto porque os primeiros tendem a buscar a eficiência por meio das análises de custo-benefício e custo-oportunidade, enquanto os profissionais de saúde focam-se na meta de sua lide: o bem do paciente (ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008).

Nesse sentido, a administração da saúde sugere vários aspectos éticos e de relacionamento. Para auxiliar e realçar as qualidades humanísticas que este tipo de administração envolve, é necessária uma transformação que priorize a humanização do médico, da sua equipe e principalmente do administrador (MIYAMOTO; STRUCKEL, 2012).

De forma específica, o gestor hospitalar, seja ele médico ou outro profissional, tem o desafio de se envolver com o trabalho de toda equipe, seja ela de um contexto micro ou macro. Além disso, precisa se empenhar em conhecer as patologias para as quais o hospital é especializado, as necessidades das pessoas que ali se internam, bem como as alternativas de tratamento. Quanto mais o gestor hospitalar se envolver com estes aspectos, mais chance de humanização terá o ambiente hospitalar que dirige (LOUZADA; STANG; CALABREZ, 2008). Ademais, os administradores de saúde devem ser sensíveis, pragmáticos e responsáveis, além de ter uma visão clara, determinação e coragem (MIYAMOTO; STRUCKEL, 2012).

Vale destacar que em suas atividades muitos profissionais da saúde se submetem a tensões provenientes de várias fontes: contato frequente com a dor e o sofrimento e com pacientes terminais, receio de cometer erros, relações com pacientes difíceis. Sendo assim, cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006). Gerir “gente que cuida de gente” deve ser, acima de tudo, um trabalho de coerência, pois existiria um desequilíbrio desumano entre exigir cuidados humanizados, e de qualidade, quando a gestão das pessoas a

quem se solicita essa postura não se baseia, também ela, em princípios humanos (CALDEIRA; GOMES; FREDERICO, 2011).

A alta direção tem o importantíssimo papel de facilitar, propiciar e conduzir as transformações. Porém, algumas dificuldades têm que ser enfrentadas quanto à conscientização dos tomadores de decisão sobre a importância do compromisso com os princípios da qualidade. Muitos ainda não perceberam a necessidade de buscar a melhoria da qualidade de vida e satisfação das pessoas. Enfatiza-se novamente que o real motivo pelo qual existe um hospital é evidente: são as pessoas. São elas que prestam a assistência e usufruem dela e, portanto, devem ser o foco da Administração Hospitalar (GONÇALVES et al., 2006).

Brasil (2002) enfatiza que todo hospital deve se preocupar com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa. De acordo com Barbosa; Quintiliano e Correia (2009), para essa melhoria da qualidade da assistência na saúde criam-se instrumentos de avaliação que se tornaram um fenômeno universal, passando de um mero conceito teórico para uma realidade cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços. Percebida como sendo fundamental na gestão dos serviços de saúde, essa avaliação constitui um pilar para mensurar os esforços da organização, a qualidade dos serviços prestados e a relevância social. Aparece, então, a Acreditação Hospitalar que é um ato voluntário, periódico, espontâneo, reservado e sigiloso em que a instituição solicita a uma acreditadora para ser certificada.

Desde 1997, o Ministério da Saúde investe em palestras de sensibilização, na criação e consensualização de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros e o seu desenvolvimento é uma necessidade em termos de eficiência

e uma obrigação do ponto de vista ético (BRASIL, 2002). Em 1998, a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde se constitui em um marco orientador para vários programas de incremento da eficiência, eficácia e efetividade dos nossos hospitais.

No Brasil, a instituição que implementa essas avaliações é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como objetivo desenvolver a qualidade dos serviços assistenciais, contemplando investimentos em tecnologia, em treinamento humano, aplicação de melhores práticas visando à qualidade dos serviços prestados aos pacientes, tendo como foco a assistência qualitativa do atendimento (EMIDIO, 2009).

Os Programas de Acreditação Hospitalar surgem como:

[...] uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual, desgastado pelo modelo tecnicista de atendimento. O novo processo de qualidade traz mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos, impõe aos sujeitos envolvidos a ruptura do cuidado mecanizado, bem como fomenta um ambiente organizacional de excelência (BARBOSA; QUINTILIANO; CORREIA, 2009, p. 00).

O incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio (BRASIL, 2002). Portanto, para que a gestão em saúde aconteça de forma satisfatória, a gestão de pessoas pode ser o ponto de partida ou a meta de um rosto mais humano na saúde e, simultaneamente, um ambiente mais humano nas equipes e nas organizações. Porque se humanizar é se tornar mais humano, se tornar mais humano é espiritualizar (CALDEIRA; GOMES; FREDERICO, 2011).

2.5 Humanização na Saúde

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como possibilidade política na área da saúde, considera-se instaurar nas instituições espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares. Visualizando essa necessidade, o Ministério da Saúde, em 2000, iniciou um programa de humanização, refletindo uma valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Para os autores Junges e Barbiani (2012), a política da humanização colocou em evidência as relações existentes no sistema e a consequente produção de subjetividade nessas relações, no sentido de construir atitudes e processos de acolhimento e corresponsabilidade. Essa interação permite construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários; estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, implementando instâncias colegiadas, horizontalização das relações, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, assim como a democratização dos processos decisórios (ZOBOLI e GRANJA, 2012).

BRASIL (2004) refere-se à rede de humanização em saúde como uma “construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas”. Para Pessini (2002 apud MOTA; MARTINS; VERAS, 2006), deve ser considerado adequado para a humanização se constituir na presença solidária do profissional, visualizando um olhar sensível, um olhar de cuidado que desperta no ser humano o sentimento de confiança e solidariedade.

Nesse sentido, surge um questionamento provocador que reflete o porquê de falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos. Estaria com esse conceito querendo apenas “tornar mais humana a relação com o usuário, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde”? De fato, parece difícil dissociar essa tarefa que se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004).

Todo o conjunto das relações que se estabelecem nas instituições – como profissional-paciente, recepção-paciente, profissional-equipe, profissional-instituição e outros – necessita da humanização (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006). Partindo da premissa do senso comum, não é raro que designe o usuário ou cliente externo como principal, quando não único, alvo da humanização (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004). Entretanto, o enfoque dessa pesquisa será a relação gestor-profissional, destacando o problema de pesquisa que é a percepção do gestor, porém compreendendo que não se pode deixar de mencionar as outras interações tão fundamentais quanto indispensáveis desse programa.

Deve-se ter o cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, uma vez que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o olhar dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão dessa atenção, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano e merece ganhar alguma atenção dos gestores” (BRASIL, 2004).

Em uma visão crítica, não se pode negar que o desenvolvimento científico e tecnológico trouxe inúmeros benefícios nessa área, entretanto tem como efeito adverso aspectos

desumanizantes. Em Ballint (1975 apud MOTA; MARTINS; VERAS, 2006, p. 325), observa-se:

O preço que pagamos pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida a mera informação de anamnese. Por exemplo, quando preenchemos uma ficha de histórico clínico, não estamos escutando a palavra, mas apenas recolhendo a informação necessária para o ato técnico. Este é indispensável sem dúvida, mas o lado humano fica excluído. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva, e precisa ser reconhecida na palavra do outro.

Os autores Mota; Martins; Veras (2006) reforçam que humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética; ou seja, é essencial que por meio da linguagem as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro enquanto que este ouça outras palavras de seu conhecimento. Esse ato permite fazer descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação não há humanização.

De acordo com Mello (2008), as organizações públicas e privadas têm operacionalizado as orientações do Ministério da Saúde em relação à humanização na assistência por meio da criação de comissões, comitês ou grupos de trabalho que: estudam a proposta do Ministério da Saúde; implementam ações, projetos e programas em suas unidades de trabalho; divulgam na mídia as ações e os projetos de humanização que realizam; organizam eventos de humanização; buscam parcerias junto a outras entidades (principalmente não governamentais) ou pessoas para implementação das ações, projetos e programas.

Percebe-se que o objetivo da humanização é tornar efetivo o princípio da integralidade nas práticas e nos processos dos serviços de saúde. A política atinge os três níveis do atendimento, embora seu início tenha sido a humanização hospitalar. Esse começo pode ter caracterizado a compreensão da humanização para todos os níveis (JUNGES e BARBIANI, 2012).

Portanto, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado em 2000, com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento na saúde

que apoiasse a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados mediante aprimoramento das relações entre os trabalhadores da saúde; os usuários e profissionais; e hospitais e comunidade (MELLO, 2008).

2.5.1 Humanização na assistência hospitalar

Ao analisar a proposta do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), observa-se que está dividido em três eixos, dentre os quais o primeiro é a humanização como oposição à violência, seja física e psicológica, que se expressam nos maus-tratos, ou simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e suas expectativas. O segundo eixo propõe melhorar a qualidade dos serviços prestados, oferecendo atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento e, o terceiro eixo, aprimorar as condições de trabalho do cuidador, ou seja, dos profissionais (DESLANDES, 2004).

Segundo uma pesquisa realizada por Backes; Lunardi Filho; Lunardi (2006), no hospital Santa Casa de Misericórdia, na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, o termo humanização suscita, no ambiente hospitalar, diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. Neste sentido, foi explorado o entendimento de humanização por equipes e para compreensão deste, o objetivo deveria ser o de se humanizarem inicialmente como equipe, para humanizar o atendimento do paciente; promover a participação dos profissionais nos encontros da Equipe de Humanização; abrir um espaço para reflexões e expressão de sentimentos; contribuir com novas ideias e iniciativas e desenvolver oficinas de integração entre os profissionais.

O grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais, das mais simples às mais criativas e complexas, demonstra que esta necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional de saúde e na forma de gerir a própria instituição

de saúde, vem sendo amplamente reconhecida. No entanto, todas as iniciativas encontradas são setoriais, uma vez que, pelo próprio conceito de humanização utilizado nas instituições, se concentram em áreas, departamentos ou atenções específicas, sem conseguir o envolvimento do todo das organizações. Nestes casos, a despeito dos resultados favoráveis das ações de humanização, persiste um desconhecimento destas propostas pelas próprias instituições e pelo público que o utiliza, bem como uma impossibilidade de mudança da cultura institucional em relação à humanização, mudança esta vital para efetivar o processo definitivo na transformação do atendimento em saúde no Brasil (BRASIL, 2001).

Valorizar elementos de respeito no processo de humanização de interação com o usuário deve ser um dos objetivos a ser alcançado, conforme exemplificado por Martins e col. (2008 apud SILVA; CASTILHO SÁ; MARTINS, 2013, p. 844):

A humanização não deve ser entendida como um discurso, e sim como um ato, o ato de humanizar. Humanizar é fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro; é ver o outro como um ser humano, um ser total: corpo, mente, emoção e espírito.

A humanização do atendimento médico-hospitalar, baseado no respeito ao paciente, deve contemplar todas as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, que não estão dissociadas, favorecendo uma recuperação mais rápida e um atendimento mais humano. Como a espiritualidade é algo inerente ao psiquismo humano, em qualquer ocasião cabe o olhar respeitoso e atencioso do fator espiritual, principalmente nos momentos de desesperança e insegurança provocados pela doença e pela solidão. Para que o sofrimento humano seja realmente atenuado e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. Em outras palavras, humanizar é buscar a capacidade de nos relacionarmos uns com os outros (ROBERTO, 2005).

Outra característica importante da humanização hospitalar é a justiça, cujas normas exigem que a dignidade fundamental do ser humano seja respeitada e que os iguais sejam tratados com igualdade. É justamente esta falta de justiça no sistema hospitalar brasileiro que

provoca certa indignação ética, que clama por maior humanização deste sistema (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

Sem dúvida, a humanização hospitalar tem como principal característica o cuidado do ser humano doente e a promoção da sua saúde entendida como bem-estar completo, isto é, físico, mental, social e espiritual e, terá como uma das suas prioridades a beneficência, que representa fazer o bem ao doente internado. Porém, para que essa proposta esteja completa, é fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário deste processo: uma cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários (BRASIL, 2001).

Vale pontuar algumas observações com referência ao desenvolvimento da autonomia, que é mencionada no processo de humanização na saúde. De acordo com Silva; Castilho Sá; Miranda (2013), existem abordagens diferentes sobre a autonomia na humanização, uma está relacionada ao usuário (paciente) e outra ao funcionário. Na concepção da autonomia voltada aos usuários dos serviços de saúde são valorizadas dimensões que são esquecidas ou negligenciadas, a exemplo do reconhecimento da singularidade, complexidade e individualidade, reconhecimento de sua legitimidade em realizar escolhas a respeito de seu próprio tratamento, de escolher os serviços de saúde que melhor se adéquem as suas demandas, entre outros.

Para a análise que concebe o profissional de saúde dotado de autonomia, observou-se nos artigos pesquisados pelos autores, principalmente, se existe o desenvolvimento de capacidades/habilidades para responder adequadamente às necessidades dos usuários, os quais deveriam ser vistos de maneira mais ampliada pelas práticas de cuidado e assistência hospitalar. Estas capacidades podem ser concebidas enquanto habilidades a serem aprendidas a partir de conhecimentos científicos ou enquanto habilidades emocionais que podem ser construídas

(SILVA; CASTILHO SÁ; MIRANDA, 2013). Será esta a abordagem desta pesquisa, com foco no desenvolvimento da autonomia dos funcionários.

No próximo capítulo, será apresentada a metodologia que vai orientar esta pesquisa.

3 Procedimentos Metodológicos

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos adotados para atender aos objetivos de pesquisa, incluindo, a caracterização da pesquisa, o seu delineamento e a estratégia metodológica.

3.1 Caracterização da pesquisa

O planejamento da pesquisa são as formas que o pesquisador utiliza para elaborar sua investigação, e neste estudo utilizou-se a abordagem de natureza qualitativa. Creswell (2010, p. 43) define a abordagem qualitativa como sendo “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”. Os principais procedimentos qualitativos, segundo esse autor, também focam em amostragem intencional, coleta de dados abertos, análise de textos ou de imagens e interpretação pessoal dos achados.

A pesquisa qualitativa, segundo De Souza-Minayo (1994, p. 7), trabalha com o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa qualitativa propõe entender melhor os processos humanos e sociais complexos, pois consegue uma análise mais rica e autêntica de experiência integrada a um processo lógico dedutivo (MATTOS, 2005). Encontra-se nesta abordagem a preocupação de compreender e entender os significados dos fenômenos a serem analisados; essa, inclusive, é a justificativa para a escolha desta abordagem metodológica.

Este tipo de pesquisa, segundo Siena (2007, p.61 apud DA SILVA E DA SILVA GAIÃO, 2015, p. 09) tem o pesquisador como:

[...] elemento chave e a fonte principal de dados é o ambiente natural. O foco não é a quantificação, mas a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, pois o pesquisador considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito que não pode ser quantificável.

A pesquisa utilizará como estratégia, o estudo de caso. Segundo Oliveira (2007), o estudo de caso pode ser adotado em diversas circunstâncias, sendo particularmente útil para compreender fenômenos sociais complexos. Este procedimento consiste no estudo exaustivo e profundo de um ou poucos objetos, de modo que seja permitido o seu amplo e detalhado conhecimento, pois utiliza mais de uma realidade para confrontar dados, com o objetivo de buscar explicações e fundamentos para os fenômenos que caracterizam o objeto de estudo (GIL, 2010).

Considera-se, que esta pesquisa é do tipo exploratória que, segundo Freitas; Jabbour (2011), são todos aqueles que buscam descobrir ideias, na tentativa de adquirir maior familiaridade com fenômeno de estudo.

Para a análise dos dados, adotou-se o método de análise pragmática da linguagem, proposto por Mattos (2005). Na perspectiva deste pesquisador, a entrevista é uma forma especial de conversação, sendo assim possibilita tanto interação linguística quanto observação das ações do entrevistado. Esse tipo de análise consiste na interpretação do significado temático da conversação e no significado da ação durante a entrevista, explorando todo o contexto no qual a mesma se desenvolve, extrapolando o que foi dito pelo entrevistado, levando em consideração o efeito da presença e das situações criadas pelo entrevistador sobre a expressão do entrevistado. Mattos (2005, p. 826) justifica esta proposta, indagando: “Ora, é falso interpretar o que alguém ‘disse’ sem se perguntar também, o que, na ocasião, ‘deu a entender’, o que sinalizava para além do que dizia, enfim, o que também fazia ao responder tais e tais perguntas”.

Com essa constatação, o autor rompe paradigmas ao deixar claro que a função do entrevistador vai além de fazer perguntas. Isso porque, para Mattos (2005), há sempre um significado de ação para além do significado temático da conversação. Esse método de análise orienta-se por cinco fases: recuperação, análise do significado pragmático da conversação, validação, montagem e consolidação das falas e análise de conjuntos.

Deste modo, compreende-se que o método de análise pragmática da linguagem permitirá acesso às percepções dos gestores sobre as dimensões espirituais no ambiente hospitalar. A interpretação dos significados implícitos e explícitos manifestados por esses indivíduos possibilitará esclarecer o problema de pesquisa que originou este estudo.

3.2 Estruturação da pesquisa

Para estruturar esta pesquisa, será realizada uma síntese metodológica que está representada no Quadro 2 (3) com o resumo das etapas e sua relação com os objetivos específicos.

Quadro 2 (3)- Síntese metodológica da pesquisa

Objetivo geral: Analisar como os gestores percebem a espiritualidade no ambiente de trabalho no Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco				
Objetivos específicos	Caracterizar a espiritualidade no ambiente de trabalho	Apontar a visão dos gestores sobre a EAT	Descrever as dimensões espirituais presentes na administração do hospital em estudo	Constatar os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital em estudo
Método de pesquisa	Qualitativo			
Instrumento de coleta	Entrevista	Entrevista	Entrevista	Entrevista
		Observação direta	Observação direta	Observação direta
Tratamento e análise dos dados	Análise pragmática da linguagem			

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

3.3 Estratégia metodológica

Para alcançar os objetivos geral e específicos, a pesquisa foi realizada considerando as seguintes etapas:

- **1ª Fase – Pesquisa bibliográfica:** a etapa inicial foi realizada a partir da revisão teórica em livros e várias publicações sobre os temas, conforme citado no referencial teórico. Assim como análise de informações sobre a empresa, obtidos mediante consulta ao site, livro com o histórico de 150 anos de existência do hospital e notícias divulgadas na internet.
- **2ª Fase – Delimitação do campo empírico:** para o estudo, foi selecionado o Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco (RHP), localizado na cidade do Recife. A seleção do hospital seguiu alguns critérios previamente estabelecidos: localização (RMR), característica da organização (beneficência) e o seu porte (grande).

Inicialmente foi selecionado este hospital pelo porte, pois é considerado o maior complexo hospitalar do Norte-Nordeste. A escolha por estar classificado como de grande porte, é devido à relevância destas organizações para a sociedade e, boa parte das pesquisas empíricas realizadas, nacional e internacionalmente, tem o foco em empresas dessa magnitude.

O outro motivo de extrema relevância diz respeito à característica beneficente e filantrópica que assume o Real Hospital Português. Por ter o espírito da beneficência como elemento inspirador desde a criação do hospital, em seu Estatuto de 1858, no Artigo 91, já era evidente o compromisso filantrópico da instituição. Com o objetivo de concentrar os atendimentos beneficentes em um espaço próprio, o RHP fundou, em 16 de agosto de 1984, o Ambulatório de Beneficência Maria Fernanda. Em setembro de 2006, o RHP construiu um novo prédio para abrigar o Ambulatório de Beneficência. Com dois andares, todo climatizado,

o novo Maria Fernanda teve sua estrutura ampliada, trazendo mais conforto para seus pacientes (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA DE PERNAMBUCO, 2015).

O interesse por este tipo de organização decorreu da constatação subjacente a não existência de evidências de produção de conhecimento vertido em material documental específico, fato que mereceu a decisão reiterada da presente investigação em se assumir como contributo investigativo complementar para a leitura e reflexão das dimensões espirituais na gestão hospitalar, e por entender que é fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e espiritualização no desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário desse processo.

- **3ª Fase – Coleta de dados:** a coleta de dados foi realizada a partir da triangulação dos seguintes tipos de instrumentos de coleta de dados: entrevista semiestruturada (Apêndice A), observação direta e pesquisa documental.

Sendo a entrevista “a ferramenta metodológica favorita do investigador qualitativo, fundamentalmente uma conversação na e durante a qual se exercita a arte de formular perguntas e escutar respostas” (DENZIN; LINCOLN, 1994, p. 353 apud CARVALHO, 2011). Acrescenta Martins (1994) que a entrevista consiste em “uma técnica que permite o relacionamento entre entrevistado e entrevistador [...], trata-se de um diálogo orientado que busca através do interrogatório de informações e dados para a pesquisa”.

A entrevista semiestruturada corresponde ao “modelo que tem origem em uma matriz, um roteiro de questões-guia que dão cobertura ao interesse de pesquisa” (DUARTE, 2005).

A entrevista foi realizada com os principais gestores, sendo esses profissionais da saúde e da área administrativa do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco. Esta pesquisa teve como enfoque principal a relação gestor-profissional.

Seguiu-se um roteiro semiestruturado que passou por uma etapa de pré-teste, realizado com um voluntário da área da saúde e um gestor do hospital, antes de iniciarem as entrevistas.

As questões sobre EAT foram formuladas com base nas dimensões espirituais elencadas segundo a pesquisa de Rego; Cunha; Souto (2007), mencionadas no referencial teórico e ilustradas no Quadro 3 (3), a seguir.

Quadro 3 (3)- Dimensões da espiritualidade nas organizações

Dimensões	Itens relacionados
Sentido de comunidade na equipe.	Espírito de equipe, zelo mútuo entre seus membros, sentido de comunidade e propósito comum.
Alinhamento do indivíduo com os valores da organização.	Compatibilidade de valores e da vida interior do indivíduo com os valores da organização. Abarca ainda um item respeitante ao sentimento de que os líderes procuram ser úteis à sociedade.
Trabalho com significado.	O trabalho realizado corresponde a importantes valores da vida do indivíduo e se gera algum benefício para sociedade.
Alegria no trabalho.	O sentido de alegria e prazer no trabalho.
Oportunidade para vida interior.	Modo como a organização respeita a espiritualidade e os valores do indivíduo.

Fonte: Rego; Cunha; Souto (2007)

Este trabalho adotou a triangulação, que é um modo de institucionalização do processo de reflexão em um projeto de pesquisa (BAUER; GASKELL, 2008). Para Duarte (2009), não é apenas uma forma de validação cumulativa, mas um retrato mais completo e holístico, mediante o papel de integrar diferentes perspectivas do fenômeno em estudo (complementaridade), o que indica que os diferentes métodos usados se referem ao mesmo aspecto do fenômeno investigado – mas, antes, produz um retrato do fenômeno em estudo que seja mais completo do que o alcançado por um único método.

De forma geral, a triangulação pode não chegar ao objetivo de retirar conclusões fidedignas, mas permitir investigadores mais críticos e céticos face aos dados coletados (DUARTE, 2009). Além da validade, o critério de confiabilidade também é abarcado por essa técnica (PAIVA JR.; LEÃO; MELLO, 2007).

Os critérios de confiabilidade que foram adotados na presente pesquisa correspondem à documentação de todo o processo de investigação de maneira detalhada, elemento que também

é um critério de validade, e à reflexão sobre este processo e sobre as decisões tomadas para a sua efetivação (FLICK, 2013). Por meio da reflexividade, foi possível uma reconstrução e ampliação da visão da pesquisadora, contribuindo para uma reflexão na e sobre a ação de pesquisa.

A observação direta da empresa serviu para identificar outros aspectos presentes que não foram registrados ou esclarecer informações das etapas anteriores. Esse tipo de observação é uma técnica tradicionalmente associada à pesquisa qualitativa, com modalidades de aplicação e contexto ético sistematizados, que constituem uma das estratégias mais gerais possíveis da pesquisa de campo (JACCOUD; MAYER, 2008).

Para a avaliação de uma pesquisa de caráter quantitativo, os critérios estabelecidos são validade, confiabilidade e generalização. Quando se observa a pesquisa qualitativa, que envolve outras objetivações, estes critérios precisam ser reformulados (FLICK, 2013). Já mencionamos os critérios da validade e confiabilidade. Em relação à generalização, partiu-se do princípio de que a pesquisa qualitativa buscou a descrição específica de uma particularidade e não de uma generalização (CRESWELL, 2010). Desta forma, este critério não foi considerado no contexto desta pesquisa, que busca a compreensão de um fenômeno em um contexto específico, repleto de particularidades, não havendo o interesse de generalizar os resultados.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 30 de março de 2016 a 27 de maio de 2016, tendo um tempo de duração compreendido entre vinte minutos e quatorze segundos, uma hora vinte e um minutos e quarenta e nove segundos, como pode ser verificado no Quadro 4 (3).

Quadro 4 (3): Período e duração das entrevistas

Entrevistado	Data	Tempo de duração da entrevista
Entrevistado 1	30/03/2016	25m41s
Entrevistado 2	30/03/2016	26m03s
Entrevistado 3	30/03/2016	22m38s
Entrevistado 4	31/03/2016	22m36s
Entrevistado 5	31/03/2016	36m47s
Entrevistado 6	01/04/2016	24m01s
Entrevistado 7	01/04/2016	20m14s
Entrevistado 8	01/04/2016	29m02s

Quadro 4 (3): Período e duração das entrevistas (continuação)

Entrevistado	Data	Tempo de duração da entrevista
Entrevistado 9	07/04/2016	50m48s
Entrevistado 10	23/05/2016	1h21m49s
Entrevistado 11	27/05/2016	51m17s

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho celular, da marca Samsung A5, com a devida autorização dos participantes, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, posteriormente, foi realizada a transcrição integral da conversação. As transcrições foram arquivadas em um armazenamento digital e virtual. A partir da coleta por meio das entrevistas e da observação direta, seguiu-se para a análise de dados.

- **4ª Fase – Análise dos dados:** O método de análise de Mattos (2005) orienta-se por cinco fases: recuperação, análise do significado pragmático da conversação, validação, montagem e consolidação das falas e análise de conjuntos, descritas a seguir.

- Fase 1: recuperação:

Nesse primeiro momento, foram feitas anotações preliminares acerca das entrevistas realizadas com os principais gestores do Real Hospital Português de Pernambuco, transcrevendo o processo de fala e os significados que emergiram em momentos especiais durante o processo de conversação. Essas anotações foram reservadas para análise.

- Fase 2: análise do significado pragmático da conversação:

Nessa fase, foi realizada uma análise do contexto pragmático das narrativas, com vista a avaliar os acontecimentos que merecem relevo. Logo em seguida, observou-se cada pergunta e sua respectiva resposta, no intuito de identificar o significado nuclear da fala dos entrevistados. Essa ação permitiu suscitar significados implícitos.

- Fase 3: validação:

Almejou-se transcorrer com a validação nuclear das respostas no momento da entrevista, indagando o entrevistado em seu aspecto semântico, com vista a confirmar ou não a compreensão.

▪ Fase 4: montagem da consolidação das falas:

Nessa etapa foi criada uma “matriz de consolidação” com as falas dos entrevistados (folha de papel ou planilha eletrônica). Essa modelagem permitiu uma visualização ampla dos relatos, opiniões e atitudes dos entrevistados.

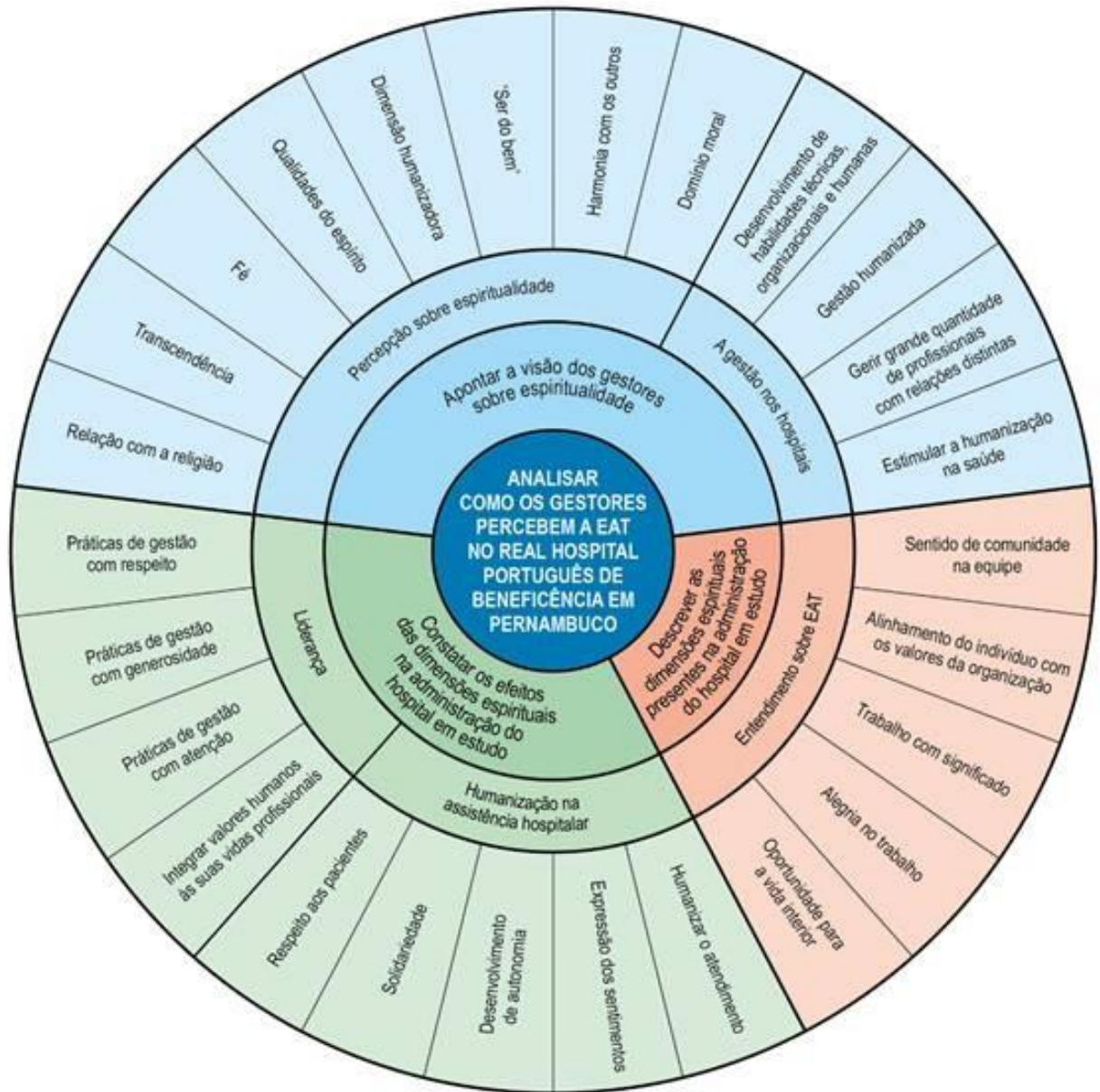
▪ Fase 5: análise de conjuntos:

No momento final, foi realizada a análise dos conjuntos, na qual foram finalizados os resultados gerais da análise: a) busca de identificação de “respostas retardadas” ou “antecipadas”; b) visualizando os fatos de evidência relativos a cada pergunta; c) “pairando meditativamente” sobre o conjunto das respostas (MATTOS, 2005 pp. 840-842).

A pesquisa foi iniciada mediante autorização da direção do Hospital, por meio da carta de anuência (ANEXO A), estando condicionada à pesquisadora o cumprimento dos Requisitos da Resolução 510/16, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. As entrevistas foram autorizadas mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

No período da análise dos dados, criou-se um gráfico em formato de mandala, com a estruturação das relações entre os objetivos específicos e as categorias de análise, no intuito de esclarecer as relações entre cada tema específico e facilitar a análise. O gráfico representado na Figura 1 (3) está dividido em três níveis, considerando no primeiro os objetivos específicos, no segundo os tópicos dos objetivos específicos, e no último as divisões dos tópicos ou subtópicos.

Figura 1 (3)- Estruturação dos objetivos da pesquisa e categorias de análise



Fonte: Elaborada pela autora (2016)

3.4 Observações do estudo

Todo estudo está passível de limitações. Nesta dissertação, aquelas que devem ser consideradas estão pautadas nas próprias escolhas adotadas em termos da natureza metodológica e em algumas dificuldades presenciadas no momento da pesquisa. São elas:

- Entendemos que os gestores, muitas vezes, têm sobrecarga de atividades no dia a dia e ao serem solicitados para fazer mais uma tarefa, como participar de uma entrevista, impacta no acesso para este fim. Assim sendo, os entrevistados apresentados nos resultados é uma consequência da disponibilidade destas pessoas no período da coleta.
- Registramos, também, que não foi disponibilizado o conhecimento de alguns documentos internos, tais como o organograma da empresa, fato que gerou surpresa, uma vez que a Instituição passa por um processo de Acreditação Internacional e imagina-se que este documento deveria estar disponível com facilidade.

As limitações citadas, entretanto, não impossibilitaram que o resultado para o alcance da compreensão da pergunta norteadora: Como os gestores percebem a espiritualidade no ambiente de trabalho no Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco, fosse alcançado.

4 Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação dos resultados está dividida por categorias de análise. A definição de algumas categorias foi realizada antes da coleta, baseando-se na revisão da literatura, enquanto outras foram inseridas a partir dos dados. Em seguida, apresenta-se o Quadro 5 (4) com as categorias de análise, subdivididas a partir dos objetivos específicos.

Quadro 5 (4)- Categorias de análise por objetivo específico

Objetivo Específico	Categoria	Subcategoria
Apontar a visão (definição) dos gestores sobre espiritualidade	Percepção sobre espiritualidade	Relação com a religião
		Transcendência
		Fé
		Qualidades do espírito
		Dimensão humanizadora
		“Ser do Bem”
		Harmonia com os outros
		Domínio moral
	A gestão nos hospitais	Desenvolvimento de habilidades técnicas, organizacionais e humanas
		Gestão humanizada
		Gerir grande quantidade de profissionais com relações distintas
		Estimular a humanização na saúde
Descrever as dimensões espirituais presentes na administração do hospital em estudo	Entendimento sobre a EAT	Sentido de comunidade na equipe
		Alinhamento do indivíduo com os valores da organização
		Trabalho com significado
		Alegria no trabalho
		Oportunidade para a vida interior
Constatar os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital em estudo	Liderança	Práticas de gestão com respeito
		Práticas de gestão com generosidade
		Práticas de gestão com atenção
		Integrar valores humanos às suas vidas profissionais
	Humanização na assistência hospitalar	Respeito aos pacientes
		Humanizar o atendimento
		Solidariedade
		Desenvolvimento de autonomia
		Expressão dos sentimentos

Fonte: Desenvolvido pela pesquisadora (2016)

Iniciou-se com a apresentação da característica da organização, posteriormente a análise de cada dado, seguindo os objetivos específicos juntamente com a possível correlação com o

referencial teórico, a fim de discutir como esta pesquisa confere, diverge ou amplia o conhecimento do tema.

4.1. Caracterização da organização

A história do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco (RHP) se deve à época do surto de cólera, que acometeu parte da população pernambucana e, então, um grupo de portugueses resolveu juntar esses doentes em um ambiente, oferecendo serviços gratuitos a esses indivíduos. O espírito de beneficência foi a base inspiradora da criação do RHP.

A estrutura física deste Hospital, que teve seu início de implantação em 1885, no secular Sítio do Cajueiro, apresenta atualmente um grande espaço de área construída: 96.645,40 m². Possui uma média de cinco mil colaboradores, que integram o quadro de funcionários da Instituição. São cinquenta e seis especialidades clínicas, funcionando em diferentes equipes distribuídas no hospital.

O RHP foi criado de acordo com o Estatuto de 1858, adotado por deliberação de Assembleia Geral como “um estabelecimento de caridade, destinado essencialmente ao tratamento gratuito dos súditos portugueses indigentes, de ambos os sexos e de qualquer idade domiciliados nesta Província”. Confirmando o espírito de filantropia da instituição, encontra-se no mesmo Estatuto: “sendo o Hospital um instituto de beneficência, especialmente fundado para asilo dos desvalidos, permitindo o seu rendimento a admissão de um doente pobre, preferirá sempre a um doente particular” (MELLO; MENEZES; AREIAS, 2006, p. 85).

O Ambulatório Maria Fernanda foi implementado em 1984 e presta serviço de atendimento gratuito à população carente. Realiza cerca de 15 mil atendimentos médicos por mês em todas as áreas. Faz doação de medicamentos e acompanhamento posterior junto aos pacientes.

Segundo Mello; Menezes; Areias (2006, p. 87):

Não se julgue, porém, que esta Sociedade é destinada a obter lucros para serem divididos pelos sócios, como se fosse uma empresa comercial ou industrial, embora assim pareça à primeira vista por causa de sua organização...os lucros, se os houver, terão de ser distribuídos ao próprio Hospital, à conta dos benefícios que lhe prestam os contribuintes da Sociedade.

Atualmente, o RHP permanece localizado em terras do antigo Sítio Cajueiro e o endereço é localizado na Avenida Agamenon Magalhães s/n, no bairro do Derby, na cidade do Recife. É uma Sociedade Beneficente, composta por sócios das seguintes categorias: remidos, benfeitores, beneméritos, protetores e honorários.

4.1.1 Caracterização dos entrevistados da pesquisa

Para melhor caracterização dos entrevistados, foi elaborado o Quadro 6 (4). Os onze entrevistados compuseram a análise dos dados, com as seguintes informações: a área na qual trabalha, o cargo, o gênero, a idade, o estado civil, se possui filhos, a escolaridade e o curso de formação. Os nomes dos entrevistados foram preservados, sendo identificados somente pela ordem das entrevistas.

Quadro 6 (4)- Caracterização dos entrevistados da pesquisa

Entrevistado	Área	Cargo	Sexo	Idade	Estado civil	Filhos	Escolaridade	Formação
E1	Qualidade	Gerência	F	41	Casada	Sim	Mestrado	Gestão Hospitalar
E2	Operações	Gerência	M	38	Solteiro	Não	Pós-graduação	Direito
E3	Emergência	Coordenação	M	36	Casado	Sim	Pós-graduação	Medicina
E4	Terapia Intensiva	Coordenação Geral	M	45	Casado	Sim	Mestrado	Medicina
E5	Recursos Humanos	Coordenação	M	34	Casado	Sim	Superior Completo	Administração
E6	Psicologia	Coordenação	F	57	Solteira	Sim	Pós-graduação	Psicologia
E7	Enfermagem	Gerência	F	40	Casada	Sim	Pós-graduação	Enfermagem
E8	Acolhimento	Coordenação	F	44	Casada	Sim	Pós-graduação	Serviço Social
E9	Cirúrgica	Gerência	F	70	Divorciado	Sim	Mestrado	Medicina
E10	Ambulatório Maria Fernanda	Gerência	F	72	Solteira	Não	Superior Completo	Não informado (Formação religiosa-Católica)
E11	Diretoria	Diretoria Médica	F	55	Casada	Sim	Pós-graduação	Medicina

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

De acordo com o Quadro 6 (4), no que se refere ao gênero dos entrevistados, sete são do sexo feminino e quatro do masculino, compreendidos numa faixa etária de trinta e quatro a setenta e dois anos de idade. Em relação à área, são de diversos departamentos desde a provedoria aos recursos humanos, distribuídos da seguinte forma: um na direção médica (alta diretoria), cinco na gerência e cinco coordenadores.

Sobre o estado civil, sete são casados, três solteiros e um divorciado. Neste universo, somente dois não possuem filhos. No item sobre o curso de formação, o de Medicina possui o maior número, com quatro, os demais são um em cada: Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Administração, Direito, Gestão Hospitalar e um não informado. Destes, três possuem mestrado, seis são especialistas e dois possuem curso superior completo. A entrevistada 10, considera-se de formação religiosa católica, sendo sua Congregação Filha de Santana.

4.2 A visão dos gestores sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho

A humanidade, segundo Vasconcelos (2008), está passando por um processo de desenvolvimento de consciência no qual o sentido de totalidade é destacado. Por ter várias características evolucionárias, esse processo abrange todas as instituições, inclusive as organizações empresariais. Nesta seção, buscou-se apontar a visão dos gestores sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho.

4.2.1 Percepção sobre espiritualidade

O primeiro elemento analisado foi a percepção sobre a espiritualidade. A questão espiritual sempre foi bastante envolvida à vida humana. Ademais, o exame profundo da

espiritualidade, de acordo com Barros (2003), vai muito além dos domínios da ciência e, aos cientistas, é permitido apenas a investigação de certos fenômenos a ela relacionados.

Por ser uma categoria subjetiva, tentamos selecionar subcategorias que foram mencionadas com mais frequência entre os autores pesquisados, sendo: relação com a religião, transcendência, fé, qualidades do espírito, dimensão humanizadora, “ser do Bem”, harmonia com os outros e domínio moral.

4.2.1.1 Espiritualidade não está dissociada da religiosidade

Em alguns respondentes, observamos que o significado de espiritualidade está relacionado à religião. Especialmente quando a religião ajuda a encarar dificuldades, ou ter maior capacidade de enfrentar problemas, mais notadamente as que são relacionadas à área de saúde. Para alguns, a distinção religiosidade/espiritualidade não é muito clara. Por isso, alguns associam imediatamente ao modelo de Cristo, aludindo suas reflexões interiores e comportamentos em qualquer ambiente. Para boa parte deles, o importante é colocar na prática do dia a dia sua religiosidade e isso promove melhor qualidade de vida, como a fala de alguns respondentes indicam:

Você quer saber espiritualidade ligada a religiosidade? [...] **Olha, espiritualidade**, as coisas que você crê abstratamente, são suas convicções enquanto a parte ética, moral, **religiosa também, eu não consigo ver espiritualidade dissociada de religiosidade** até porque eu trabalho muito tempo em hospital e **eu percebo que as pessoas que tem uma religiosidade enfrentam o adoecer e as complicações disso com mais firmeza do que aquelas que não creem absolutamente em nada**. É como se acabou aqui, sabe quem é muito materialista tem uma dificuldade maior de lidar com a doença (Entrevistado 6)¹.

É um momento interior, **é um momento que nos reportamos a si mesmos, dentro de uma condição do seu universo de vida, de trabalho, seja o lado profissional, o lado familiar, o lado social, envolve todos esses aspectos**

¹ As falas dos entrevistados foram grifadas pela pesquisadora, a fim de destacar as partes que possibilitaram a análise dos resultados.

[...] é uma resposta que envolve a espiritualidade, não deixa de ter um envolvimento, **uma religiosidade**, se é que a gente pode chamar de religiosidade da fé que você tem no Cristo e tendo ele como um ícone maior. **Então meu envolvimento todo se refere a Ele na sua integralidade. Então quando eu digo que me olho integralmente, eu estou olhando a Ele dentro de mim também, maneira de justificar o que seja espiritualidade, eu não afastaria Ele em nenhuma condição** (Entrevistado 9).

Acho que **é quando a pessoa encara a religiosidade e essa religiosidade relacionada ao meio, trabalho, sociedade que vive**. [...] então é basicamente viver bem em sociedade (Entrevistado 3).

Conforme a literatura, é difícil para algumas pessoas tentar separar a espiritualidade da religião. Sempre se remetem a este sentido, o da religiosidade. Todavia, não existe razão nenhuma que impeça o indivíduo de desenvolver sua espiritualidade, independente de seguir qualquer sistema religioso (DALAI LAMA, 2000).

4.2.1.2 Espiritualidade como transcendência

Na perspectiva de dissociar a espiritualidade da vivência de religião, encontra-se de forma mais explícita a relação com algo que transcenda a realidade, como mencionado por Ruthes (2014). Essa relação pode ser percebida a partir de vários significados, se referindo à alma, que está interligada com o universo ou como a forma de se relacionar com um Deus, com o sobrenatural, com fatos que não são explicados pela ciência ou racionalidade. Outra percepção contextualiza que somos espíritos que estamos em um corpo, mas não somos um corpo, ou seja, transcende o conceito da materialidade do Ser. Seguindo essa mesma ideia, entende-se a espiritualidade dividindo o ser humano em duas partes, a orgânica e a do espírito, sendo esta parte relacionada com o pensamento, os sonhos, conforme pode ser percebido nas falas a seguir:

(pausa longa) Eu não entendo espiritualidade como religiosidade, só que **quando nós falamos em espiritualidade, nós temos a tendência cultural de utilizar a terminologia religiosa**, então estou a pensar em uma palavra para falar que me permita falar em espiritualidade sem falar em religiosidade, porque para mim uma coisa não está relacionada com outra. **Vou acabar por falar em alma**, que alma normalmente está associada com religiosidade, **mas como tem a ver a alma com o âmago da nossa essência e a conexão da nossa essência com o todo** (Entrevistado 2).

Eu entendo como a forma da pessoa se relacionar com um Deus, **com o sobrenatural, com fatos da vida que não são completamente explicados pela ciência ou pela racionalidade** (Entrevistado 4).

É um estado que todos temos, porque nós somos um, temos um corpo, habitamos em um corpo, temos uma alma, mas nós somos espíritos. **Somos espíritos, temos uma alma e habitamos em um corpo.** É isso (Entrevistado 7).

O ser humano tem uma parte orgânica e também uma parte espiritual, então **a espiritualidade se compreenderia aquilo que não é do diário, do orgânico e sim daquilo que o nosso espírito, pensamento vê.** O espiritual seria tudo aquilo que não está dentro do orgânico mesmo, que seria relacionado a **pensamento, aos sonhos, a própria fé** (Entrevistado 11).

Neste contexto da transcendência, encontramos significados que promovem uma reflexão mais aprofundada, referindo-se à fé, que faz revelar virtudes internas que cada ser humano tem, mas que independe de religião. Essa visão pode ser observada na seguinte fala:

Eu entendo espiritualidade, no primeiro momento até parece que tem a ver com espírito, e não deixa de ser um estado de espírito, mas a espiritualidade tem uma certa exigência [...] É aquilo que realmente na tua vida **a espiritualidade te faz este ser humano que tu és**, porque eu posso ser apenas um ser humano mas desprovido daquelas qualidades, virtudes que tu não tens, então nós precisamos de algo que te faça diante do outro, não digo nem te faça, **mas tu sejas aquilo que tu és na realidade, uma pessoa de Deus, uma pessoa humana, amiga, fraterna, vem todas essas qualidades que tu passas para o outro, sejas no trabalho, aqueles com quem tu trabalhas, [...] pra isso eu preciso ter uma fé, não importa a religiosidade**, eu posso ser católica, eu posso ser evangélica, **contanto que eu tenha fé, fé significa que existe um Deus e que este Deus faz parte da minha vida, porque pra eu ser bom é preciso que Deus faça parte da minha vida.** Então essa espiritualidade vem daí, não é dizer a espiritualidade é eu passar o dia inteiro rezando, não. **A espiritualidade tem a ver e muito com as minhas atitudes, com a minha maneira de ser** (Entrevistado 10).

De acordo com Murad (2007), a espiritualidade, do ponto de vista da fé, é como a seiva que circula no interior da árvore. As pessoas não a veem, mas ela garante a vida e a fecundidade. Verificamos que o envolvimento com a fé é muito marcado na fala da entrevistada 10. Para ela, a relação com a espiritualidade é bastante influenciada pela cultura judaico-cristã, principalmente por ela ser uma religiosa. Entretanto, ela enfatiza que, independentemente de qualquer religiosidade, o ser humano carrega consigo virtudes que devem ser repassadas, compartilhadas com o próximo em qualquer ambiente.

4.2.1.3 Espiritualidade a partir do domínio moral e dimensão humanizadora

O desenvolvimento da espiritualidade foi encontrada na visão do domínio moral, dentro do conceito da ética, assim como mediante dimensão humanizadora, na qual os valores devem se sobressair, independente de crença religiosa. Essas subcategorias foram incorporadas no mesmo grupo, pois entendemos que possuem princípios similares e dependentes um do outro, como pode ser visto na fala dos entrevistados a seguir:

Você quer saber espiritualidade ligada a religiosidade? (Esclareço sobre o enfoque da pesquisa). Olha, espiritualidade, as coisas que você crê abstratamente, **são suas convicções enquanto a parte ética, moral**, religiosa também, eu não consigo ver espiritualidade dissociada de religiosidade até porque eu trabalho muito tempo em hospital e eu percebo que as pessoas que tem uma religiosidade enfrentam o adoecer e as complicações disso com mais firmeza do que aquelas que não creem absolutamente em nada. É como se acabou aqui, sabe quem é muito materialista tem uma dificuldade maior de lidar com a doença (Entrevistado 6).

No ambiente de trabalho? (Ainda não) Espiritualidade pra mim é aquele sentimento, **o que você traz de conceito de humano, de humanização, os valores, são os seus valores**. Independente de crença [...] A gente quando fala em espiritualidade a gente pensa logo em religião, mas eu acho que vai mais além de religião, porque as vezes você tem, eu sou católica, católica praticante, tem aqueles que são católicos, mas não são praticantes, mas isso não quer dizer que não traga consigo aqueles valores, da religiosidade, do ser humano em si (Entrevistado 8).

Encontramos, na perspectiva de Murad (2007), essa correlação de uma formação de ser espiritual a partir de um sincretismo de valores e práticas, mediante a responsabilidade em assumir uma atitude nos relacionamentos de “ser do Bem” e, segundo Barreto (2012), a espiritualidade sendo uma capacidade humana, apenas diz respeito ao domínio moral, tendo um destino individual.

Na subcategoria dimensão humanizadora, os conceitos para espiritualidade, de acordo com Röhr (2012), podem variar das mais rasteiras declarações de autoajuda até os mais sinceros esforços de se harmonizar consigo, com a humanidade e com o cosmo.

4.2.1.4 Espiritualidade que reflete as qualidades do espírito

De acordo com alguns respondentes, a espiritualidade promove as qualidades do ser humano, sendo amigo, fraterno, solidário, companheiro, ou seja, sugere que todas as virtudes que o indivíduo traz consigo e que se revelam na relação devem ser demonstradas nas atitudes, por meio da prática. Fazem referência às qualidades do espírito e podem ser percebidas nas falas abaixo:

Espiritualidade no meu entender tem muito a ver com uma crença, **com seguir e acreditar em algo** e um espírito de solidariedade, de ajuda, de companheirismo, acho que só você ter essas funções como pessoa, você tem sido uma pessoa espirituosa bem (Entrevistado 5).

Eu entendo espiritualidade, no primeiro momento até parece que tem a ver com espírito, e não deixa de ser um estado de espírito, mas a espiritualidade tem uma certa exigência [...] É aquilo que realmente na tua vida **a espiritualidade te faz este ser humano que tu és**, porque eu posso ser apenas um ser humano mas desprovido daquelas qualidades, virtudes que tu não tens, então nós precisamos de algo que te faça diante do outro, não digo nem te faça, **mas tu sejas aquilo que tu és na realidade, uma pessoa de Deus, uma pessoa humana, amiga, fraterna, vem todas essas qualidades que tu passas para o outro, sejas no trabalho, aqueles com quem tu trabalhas**, então tu és aquilo que tu passas para o outro, se tu não tiveres isto, tu não consegues ser aquilo que verdadeiramente as pessoas exigem de ti, e querem de ti, pra isso eu preciso ter uma fé, não importa a religiosidade, eu posso ser católica, eu posso ser evangélica, contanto que eu tenha fé, fé significa que existe um Deus e que este Deus faz parte da minha vida, porque pra eu ser bom é preciso que Deus faça parte da minha vida. Então essa espiritualidade vem daí, não é dizer a espiritualidade é eu passar o dia inteiro rezando, não. A espiritualidade tem a ver e muito com as minhas atitudes, com a minha maneira de ser (Entrevistado 10).

Para Dalai Lama (2000), o indivíduo pode desenvolver sua espiritualidade por meio das virtudes, como compaixão, paciência, tolerância, perdão, alegria, responsabilidade e harmonia, que promovem felicidade, tanto para quem as exercita como para quem as recebe, independentemente de seguir qualquer sistema religioso. Da mesma forma, em Heaton; Schmidt-Wilk; Travis (2004, pp. 63-65 e 74 apud VASCONCELOS, 2008), o desenvolvimento da espiritualidade aplicada refere-se às aplicações práticas e aos resultados mensuráveis, tais como as dimensões emocionais, como respeito, amor, humildade e coragem, entre outros.

4.2.2 A gestão nos hospitais

Para atuar no mercado de serviços de saúde, o gestor precisa acompanhar as transformações, entender suas particularidades, compreender a dinâmica do negócio de saúde e desenvolver as habilidades essenciais para potencializar a administração (BOMFIM, 2002). Nesta seção buscou-se analisar as especificidades da área, a partir do desenvolvimento de habilidades técnicas, organizacionais e humanas; a gestão e sua relação com profissionais de especialidades diferentes; a gestão humanizada e humanização na saúde.

4.2.2.1 Desenvolvimento de habilidades técnicas, organizacionais e humanas

Esta seção observou quatro dimensões para as narrativas dos entrevistados, as quais serão descritas e ilustradas, a partir das falas, a seguir.

4.2.2.1.1 Desenvolvimento de habilidades técnicas por meio de treinamentos

As narrativas dos informantes a seguir foram relacionadas à importância do desenvolvimento de habilidades técnicas. Sinalizou-se que existe o estímulo para qualificação de toda equipe por meio de treinamentos, da mesma forma que são identificadas as necessidades individuais dos funcionários e se faz um aprimoramento dessas habilidades que estão deficitárias. Também foi referido que existe a promoção de reuniões científicas junto com cirurgias que são feitas em tempo real, proporcionando maior experiência e especialização da área.

Quando a gente assumiu a coordenação, a gente primeiro se preocupou em qualificar todos aqueles que não tem uma qualificação técnica para o assunto e apenas sabe pelo notório saber, conhecimento comum que pegou com outra pessoa. A gente primeiro igualou todo mundo, **tecnicamente falando, a gente fez treinamento com todos, fez com que cada área desse uma aula daquilo que é a sua função** e eu fechei com toda a parte administrativa de uma forma geral, para que todos conheçam, tenham conhecimento de **como funciona**

cada "quadrado", cada mundo que as vezes a gente está tão perto, mas não sabe a fundo o que o nosso companheiro ao lado finaliza, tem como princípio, meio e fim, do seu funcionamento de trabalho. Então tecnicamente a gente fez todo esse processo e a gente continua qualificando algumas pessoas, com cursos mesmo de formação, para inclusive superior também (Entrevistado 5).

Habilidade técnica, **eu sempre procuro perceber as dificuldades de cada grupo de equipe e enfoco muito nisso, através do treinamento, de orientações individuais**, isso ai a gente faz diariamente, até pelos indicadores de não conformidades, eu faço aquelas orientações individuais, faço um treinamento geral e a gente fica fazendo uma manutenção, uma acompanhamento, exemplo: a Maria José realmente não está conseguindo alcançar a meta da gente, então vamos fazer uma orientação individual, vamos fazer um treinamento individualizado, pra ver a dificuldade dela e tentar que fique, entre no mesmo padrão do grupo (Entrevistado 8).

Nessa condição nossa, **a gente tem que promover sempre reuniões científicas práticas, ou seja, o científico com a praticidade**, p. ex. a gente tem inclusive trazido colegas de fora que realizam cirurgias em tempo real, ou seja, realiza a cirurgia e à medida que ele faz realizando vai comentando para um grupo que fica num salão a parte e é permitida ao vivo. Isso **a gente tem feito pelo menos 1 vez ao mês e reúne a especialidade mais adequada** e outros que queiram participar dessas reuniões [...] (Entrevistado 9).

Segundo Leme (2012), habilidade é o saber fazer, é tudo o que utilizamos dos nossos conhecimentos no dia-a-dia. Essa preocupação de promover treinamentos é visualizada como um cuidado com a melhoria permanente da qualidade dos atendimentos, da gestão e da assistência, de forma a alcançar uma integração harmônica das áreas médica, administrativa, assistencial, de docência e pesquisa, conforme relatado por Brasil (2002).

4.2.2.1.2 Desenvolvimento de habilidades técnicas a partir das competências individuais

Outro relato sobre o desenvolvimento de habilidades técnicas inferiu sobre as competências individuais. Alguns entrevistados posicionaram suas respostas sobre o estímulo para o desenvolvimento de habilidades individuais dos funcionários, valorizando as competências de cada um. Com isso, poderão conquistar outra projeção profissional e, conseqüentemente, progressão na carreira. Essa ação proporcionou rever o organograma da Instituição com foco nas competências individuais dos gestores, segundo a fala de alguns entrevistados indica:

A gente estimula muito que as pessoas estudem, sejam treinadas, **desde que eu entrei na Instituição tem muitos colaboradores que foram promovidos então eles eram técnicos de enfermagem, se profissionalizaram, se formaram enfermeiros e receberam a oportunidade de exercer o cargo de enfermeiro** como de algumas outras áreas, copeira, higienização que estudaram e que hoje são técnicos de enfermagem, eu apoio, eu estímulo. [...] E a gente tem esse apoio da Instituição e eu apoio essas práticas, porque eu acho que é importante o crescimento não só do profissional enfermeiro, mas da profissão de enfermagem (Entrevistado 7)

Veja, por exemplo: eu acho que quando nós trabalhamos com um **grupo a gente deve estar muito atenta a este grupo, naquilo que eles são positivamente ou negativamente**, então a atenção da direção e da gerência deve ser constante. Não é passar, se fulano é assim deixa, não está me criando problemas, e está, porque se a pessoa não se desenvolve pelo menos 90% já é prejuízo para o trabalho, mas eu devo não só estar atento como ajudar. Por exemplo: **eu agora estou com uma colaboradora que está na higienização e eu estou passando para auxiliar de farmácia, acompanhei, conversei, vi e falei para ela: você não quer ficar eternamente nesta função**, eu noto que você quer algo mais e é uma menina muito boa, então faça isso, ela está fazendo auxiliar de farmácia a noite e amanhã ela já vai assumir depois de 2 anos aqui, auxiliar de farmácia [...] (Entrevistado 10).

Nós trabalhamos este ano o PDCG (?) que é **um programa que você trabalha competências e gestão juntas**. A Instituição não tinha uma história de investimento técnico dentro dos gestores, o que a gente tem feito? Tem trabalhado em padronizar, em definir competências então esse tem sido um trabalho dentro desses 4 anos, antigamente a gente só tinha o diretor e todo mundo. Então **uma das práticas foi rever todo organograma, ver as grandes áreas do hospital e escolher de forma organizacional**, nós tínhamos muita confusão do que era administrativo o que era assistencial, financeiro, então tem havido esse esforço de cada um ficar dentro das suas competências, todos temos a mesma meta, mas dentro da competência, **então um dos trabalhos da gestão tem sido este, definir competências e acompanhar que aquele grupo fique dentro das suas competências** [...] (Entrevistado 11).

É fundamental no âmbito da saúde sempre fomentar o estímulo para se qualificar continuamente, pois é uma área que requer atualizações constantes. Conforme Bomfim (2002), o gestor precisa se capacitar e contribuir para o crescimento dos funcionários, abrangendo toda a cadeia produtiva dentro do contexto do negócio. Para tanto, este profissional da área da saúde precisa ser desenvolvido em suas capacidades para atuar em conjunto com as competências dos demais e favorecer uma boa gestão hospitalar, conciliando os diferentes interesses dos pacientes, familiares, médicos, planos de saúde, acionistas, fornecedores e comunidade.

4.2.2.1.3 Desenvolvimento de habilidades organizacionais mediante formalização de processos e rotinas

Neste tópico, analisou-se o que os respondentes consideram como sendo o desenvolvimento de habilidades organizacionais. Em alguns respondentes encontramos como sendo a partir da formalização de processos, normas e rotinas por meio de documentos e/ou cartilhas que são distribuídas em todos os setores. Outro entrevistado lembrou da padronização das programações e dinâmicas do bloco cirúrgico, tão essenciais para evitar as infecções hospitalares.

Para diminuir os problemas graves de comunicação, por ser uma Instituição muito grande, foi citado que são feitas reuniões semanais, ou seja, formalização de rotinas, com áreas específicas, objetivando acompanhar cada grupo, planejar e realimentar informações visando o melhor desempenho.

Na parte organizacional, a gente criou, **formalizou um processo de procedimentos, rotinas, normas, a gente fez essa cartilha, pra que também não só o recursos humanos tivesse conhecimento mas toda a Instituição**, que às vezes a gente sabe das normas e das rotinas apenas pelo conhecer de outros, já é feito assim a tanto tempo, mas ninguém sabe onde é que está escrito aqui, então a gente se preocupou em fazer todo procedimento, com prazos, normas, rotinas, é um documento que a gente está finalizando agora no mês de março já está todo estruturado, e essa foi uma parte da organização que a gente padronizou e estamos divulgando pra todos os gestores, pra que eles conheçam todas as normas e rotinas da Instituição e não ouvir falar de alguém, que já é tão antigo aqui (Entrevistado 5).

[...] Isso aí a gente tem feito também, dentro do processo de organização **a gente tem definido as programações dentro do bloco cirúrgico na sua essência, junto com outros setores como a CCISH**, que é a comissão de infecção e segurança hospitalar, e tem feito um trabalho interessante e disciplinar pra todas as áreas do profissional da saúde (Entrevistado 5).

[...] Por ser muito grande essa Instituição a gente tem problemas muito graves de comunicação, por exemplo: **eu tenho uma reunião com os gerentes, uma vez por semana para atualização das atividades, tenho um reunião com todos os coordenadores, antes do final de semana pra gente ver o que aconteceu na área assistencial**, nós temos os indicadores de atividades que uma vez por mês a gente junta a parte assistencial, operacional e administrativa e a gente acompanha esses indicadores por cada **grupo então isso tem permitido que o trabalho veja as necessidades, planeje e acompanhe e fique realimentando este ciclo pra que a gente possa ter um**

melhor desempenho e eu acho que a gente tem conseguido (Entrevistado 11).

Essas práticas de unificação de processos mencionadas nos relatos acima revelam que eles buscam esforços da organização em promover melhorias na qualidade dos serviços, unificando a linguagem entre os setores e troca de informações entre os gestores e alta direção. Esses achados concordam com Brasil (2002), ressaltando a importância na gestão dos serviços de saúde, que contêm programas avaliatórios desses serviços, como a Acreditação Hospitalar, e fomentam o incremento de eficiência e eficácia nestes processos tão necessários para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio.

4.2.2.1.4 Desenvolvimento de habilidades humanas procurando entender as necessidades pessoais

Um ponto fundamental em qualquer gestão é o desenvolvimento de habilidades humanas e que foram encontradas nas entrevistas de várias formas. Foi mencionado por uma gestora que trabalha em sua equipe habilidades humanas para desenvolver condições do funcionário lidar com as frustrações decorrentes das atividades do trabalho e, para isso, é preciso que ele tenha automotivação para saber enfrentar essas dificuldades e, fundamentalmente, esperar o tempo do outro na execução das tarefas.

Outra situação que promove o despertar da habilidade humana foi informada por intermédio do contato do médico diarista com a família do internado que pode proporcionar diminuição da angústia dos parentes que estão aguardando seus entes internados. Alguns entrevistados têm a compreensão de que o indivíduo não se esquece de seus problemas pessoais quando está no trabalho e tenta gerir essas dificuldades, pensando em manter e/ou aumentar a

produtividade do colaborador, assim como para que eles se sintam bem no ambiente de trabalho, de acordo com os relatos a seguir:

[...] a equipe da qualidade foi treinada pra novos comportamentos, semânticas inclusive pra **lidar com frustração**, porque é uma ferramenta, é um coisa que a gente lida muito aqui dentro, porque nós fazemos ou tentamos fazer com que o outro faça suas obrigações diárias e às vezes a gente tem uma expectativa de tempo e de qualidade de trabalho e esse trabalho nem chega no tempo e na qualidade que nós desejamos **então se eu tiver um profissional que se frustre que não tenha essa automotivação e que se aborreça toda vez que um gestor disser não vou conseguir te entregar ou simplesmente o prazo passa e você não tem nenhum tipo de satisfação, esse colaborador precisa ser trabalhado nisso ou não consegue nem ficar aqui**, então isso inclusive é uma das perguntas que eu faço na entrevista de trabalho, então eu vejo isso, lidar com frustração, porque é um trabalho que depende, **eu dependo exclusivamente da execução do outro**, o que é meu eu tenho meus movimentos, meu tempo, tenho gestão a vista, mas fazer com o que o outro faça requer habilidades e isso a gente desenvolve todo dia, **isso não se ensina não tem um manual, uma receita, é o dia a dia, é olha: calma, vamos ligar pra ele de novo, ver se tem uma demanda muito grande, se coloque no lugar dele, vamos lá, ombro a ombro, vamos tentar ajudar ele trabalhar nisso de novo**, isso que é o dia a dia, então a gente treina muito a forma de falar, até a forma de escrever, um e-mail que você passa cobrando uma agenda numa reunião, cuidado com colocar exclamação, cuidado com usar caixa alta, eu estou pedindo não estou mandando, então isso é diário, essas realizações são diárias (Entrevistado 1).

Sim, o primeiro ponto que nós buscamos nisso é promover a interação da equipe, então na terapia intensiva, quando viemos aqui para o Português, desenvolvemos uma atividade chamada visita multidisciplinar que é um momento onde a equipe se volta para o paciente [...] **incentivar o contato da família com o médico diarista, que é aquele médico especialista em terapia intensiva** que passa todo o dia vendo o paciente, **isso me permite uma criação de um vínculo da família, com um médico que vai ser o responsável por cuidar do paciente dele, isso minimiza a angústia do lado não humano da terapia intensiva**, então você dá uma cara humana ao tratamento na terapia intensiva (Entrevistado 4).

Da parte humana, a gente não trabalha apenas com problemas, porque assim, tem os nossos funcionários, cada cabeça é um mundo, cada um tem seus problemas profissional e pessoal, **ninguém vem com essa história e dizer: entrei na empresa e meus problemas ficaram lá fora, não fica. a pessoa entra na empresa e entra com os problemas e a gente tem que saber administrar essas problemas, pra gente fazer com que aquela pessoa, mesmo com o problema ela consiga produzir de forma satisfatória**, tanto pra empresa como pra ela e que se a gente puder ajudar e solucionar alguns problemas como a gente tem feito, a gente procura também solucionar essas problemas, **se ela tem que sair um pouco mais cedo pra resolver alguma coisa a gente dá essa liberalidade**, faz uma função de satisfazer também os nossos funcionários, [...] 100% de sucesso é impossível, mas a gente procura sempre estar acima dos 80% de sucesso nos nossos processos de gestão humana também (Entrevistado 5).

Ao identificar as particularidades da administração em saúde, Miyamoto; Struckel (2012) sugeriram os diversos aspectos éticos e de relacionamento que permeiam essa gestão. Encontramos na análise essa relação quando, por meio dos relatos, procura-se desenvolver habilidades humanísticas, tanto na relação gestor-profissional quanto médico-paciente.

4.2.2.2 Gestão humanizada

Sobre essa subcategoria que será abordada, outros vários aspectos da humanização serão mencionados em outros momentos da análise, também, conforme foram aparecendo na entrevista, entendendo que são complementares.

4.2.2.2.1 Gestão humanizada busca olhar as necessidades do indivíduo

Nesta subcategoria, observamos em alguns respondentes que em uma gestão humanizada se deve olhar o indivíduo não como funcionário, somente, mas como ser humano que possui necessidades particulares, respeitando o tempo de cada um, abrangendo clientes e fornecedores também. Essa gestão pode facilitar na influência que expande as consciências, criando uma prática de enxergar o outro como ser humano, de acordo com os relatos descritos a seguir.

Eu acho que é quando você não, eu acho não, **tenho certeza que é quando você não olha o trabalho per si, é o ser humano eu não tenho robôs trabalhando nas salas, tenho pessoas, cada um tem sua individualidade, sua forma de falar de agir**, nós trabalhamos muito transparente aqui, eu mesmo quando não estou num dia muito bom, eu já entro e já sinalizo olha eu hoje não estou legal, e eles brincam, hoje não é o dia de pedir [...] (Entrevistado 1).

Embora seja algo um pouco distante, mas algo sempre a alcançar, é uma gestão consciente, porque eu só posso, ou vira palavrão a gestão humanizada (vira palavrão?) Palavra utilizada por usar, a gente usa como clichê, 'gestão humanizada, gestão humanizada, gestão humanizada', mas para mim na prática, gestão humanizada é uma gestão que visa ampliar consciência das pessoas que estão envolvidas no dia a dia de uma empresa, seja com clientes,

fornecedores, fundamentalmente com funcionários, aqueles sobre os quais nós temos uma maior capacidade de influência para que a outra pessoa enxergue o outro como ser humano. **Gestão humanizada é enxergar o outro como ser humano, tem que ter consciência, é a base de tudo** (Entrevistado 2).

Fundamentalmente, é necessário olhar o indivíduo com particularidades e, de acordo com Caldeira; Gomes; Frederico (2011, p. 30), repetindo suas palavras “gerir gente que cuida de gente” deve ser um trabalho de coerência, e acrescentando a fala do gestor 2, de consciência, pois exigir cuidados humanizados dos profissionais deve ser uma preocupação inicial em uma gestão que prima por princípios humanos.

Similarmente, outro respondente colocou que deve ser respeitada a individualidade de cada um, buscando um equilíbrio para que se adapte à cultura da empresa, entretanto, sem se anular. Para outros, é fundamental aproveitar os talentos pessoais, porém o técnico não pode ser deixado de lado, devendo haver um limite para essa gestão ser disciplinada, organizada, atingindo os objetivos e as cobranças que existem. Essa observação ressalta uma visão mais estratégica e pragmática da gestão. De acordo com as falas a seguir:

Atender os interesses da empresa **tentando respeitar a personalidade de cada colaborador**, cada um age de um jeito, como falei antes, cada um tem um jeito de encarar as coisas então **é conseguir fazer com que a pessoa se adapte a empresa sem se anular**, sem perder sua própria personalidade, respeitar a personalidade de cada um, com tanto que também respeite a personalidade empresarial. É juntar as duas coisas (Entrevistado 3).

Eu vejo assim, eu entendo que a gestão humanizada quando ela contempla que dentro da Instituição e das metas de trabalho ela contempla que isso **é feito por pessoas, e pessoas que tem características, sonhos e realizações**. Na medida em que isso faz parte da pessoa isso precisa ser gerido, ser organizado, precisa ser motivado, disciplinado e é o grande gás para as superações, então eu entendo que a gestão humanizada é uma gestão "esperta" (risos) no bom sentido, não é? Porque ela não só aproveita o talento técnico mas ela também permite que haja a atuação dos outros talentos, talentos pessoais, agora há um limite entre aquilo que o indivíduo pode contribuir e aquilo que tem que ser feito, **então o fato de ser humanizada não significa dizer que não seja disciplinada, organizada, com objetivos, com cobranças**, mas eu acho que é uma grande tolice você, um grande erro você não considerar as motivações, os anseios, as forças que as pessoas têm, você está perdendo talento, você está perdendo força (Entrevistado 11).

Juntos, os informantes relacionados acima mencionam que deve existir um equilíbrio entre as necessidades individuais e as obrigações na Instituição, de acordo com o que

encontramos em Miyamoyo; Struckel (2012), em que os gestores de saúde devem ser sensitivos, pragmáticos e responsáveis, além de ter uma visão clara, com determinação e coragem.

4.2.2.2.2 Gestão humanizada voltada para ouvir o outro

Alguns respondentes identificaram que na gestão humanizada deve existir a prática do ouvir o que o outro tem a dizer, se colocar no lugar do outro, ou seja, ser empático, dar o sentido de acolhimento. Mesmo em momentos de divergência de opiniões ter maturidade para saber escutar e isso inclui também a relação de transparência, demonstrando suas opiniões com franqueza. Foi feita a referência a uma gestão humanizada que ouve os pacientes, pois muitos não têm reclamações de dores, de incômodos relacionados a sua enfermidade, querem apenas o calor humano, se sentir acolhidos.

Olhe, é isso que lhe digo **eu acho estranho falar em humanização dentro de um trabalho que só tem seres humanos**, mas assim você tem que **olhar as pessoas como uma pessoa única**, as pessoas adoecem, as pessoas tem problemas familiares, mas assim não é que você vai trazer todos os seus problemas para dentro do trabalho e não vai funcionar, **mas a gente parar para ouvir, às vezes a pessoa só quer ser ouvida**, e fala uma besteira que pra você não teria a maior importância e pra pessoa é uma coisa muito importante, eu acho que **ouvir é muito importante, entender, se colocar no lugar do outro** e dentro do possível tentar solucionar as questões que são colocadas, certo, mas principalmente ouvir e acolher, mesmo que seja pra dizer que isso não tem sentido, tão relevante, mas **só o fato de você ser ouvida, ser acolhida já é muito bom né** (Entrevistado 6).

É quando você ouve, quando você consegue conversar com as pessoas, quando você tem esses momentos para colocar esses pontos, não diria ponto de atrito, de divergência, quando você consegue discutir de forma madura sobre algum aspecto onde há divergência, acho que é isso aí. Transparência eu acho que é importante ter (Entrevistado 7).

[...] É a gente colocar em primeiro lugar o paciente. Entender, é a questão da empatia mesmo, **é saber escutar que nem todo mundo tem essa audição apurada para saber ouvir** e identificar o que realmente, **porque tem alguns pacientes aqui que não há o que reclamar**, eles querem que uma pessoa vá lá, e fica conversando, a gente percebe que é para não ficar só, a gente percebe muito paciente só aqui, **é mais o calor humano, de estar presente**, de ouvir o que ele tem a fazer (Entrevistado 8).

Da mesma forma que foi identificado nas falas acima que é essencial ao líder saber ouvir, Batista (2011) também se refere ao bom líder como sendo aquele que acredita nas pessoas, tem curiosidade em relação a elas, ou seja, demonstra interesse no que aquele indivíduo pretende trocar com o outro e desenvolve a capacidade de ouvir. Complementarmente, na visão de Lennick & Kiel (2005 apud VASCONCELOS, 2008), o ato de ouvir demonstra respeito pelos valores, crenças, metas e emoções dos outros. Dessa forma, facilita a construção de empatia.

4.2.2.3 Gerir grande quantidade de profissionais com relações distintas

Esta seção discorre sobre aspectos relacionado com a busca do equilíbrio entre as relações na gestão e a importância da comunicação entre as relações profissionais, acerca das quais descrevemos a seguir, ilustrando-as com as falas dos entrevistados.

4.2.2.3.1 A busca do equilíbrio entre as relações na gestão

Conhecendo as peculiaridades da administração da saúde, verifica-se que existe uma grande quantidade de profissionais e, que estes estabelecem as mais variadas relações entre os membros da equipe (MALIK; NEUHAUSER, 1983 apud MIYAMOTO; STRUCKEL, 2012). Dessa forma, compreender essas relações é fundamental para manter um equilíbrio na gestão.

Alguns entrevistados ressaltaram que, por saberem do impacto que suas decisões têm na vida das pessoas, sempre ponderam os interesses tanto da Instituição como dos funcionários e tentam encontrar um equilíbrio na tomada de decisões. Para isso, um entrevistado mencionou que é interessante encontrar uma meta comum em que todos serão direcionados para ela e essa busca está em identificar o que motiva cada funcionário, qual sua vocação, os seus sonhos, alinhando-os com os da Instituição e potencializando essa gestão. Outro gestor referiu que

encontra algumas vezes dificuldade de relacionamento entre os profissionais, e como exemplo citou a relação com os médicos, aqueles que são mais resistentes à colaboração.

É difícil. É uma tarefa árdua, porém muito prazerosa, porque eu sei que das minhas decisões, a vida de algumas pessoas ou o caminho de algumas pessoas, dependem de algumas decisões que são tomadas através do meu trabalho aqui como gerente. Então eu penso muito, procuro me colocar no lugar do outro e **o que essa decisão vai impactar, tanto pra Instituição porque eu sou uma gestora, então eu tenho que ver o lado da instituição, mas eu procuro ver o lado do profissional** porque tanto uma decisão minha pode impactar em algum custo pra Instituição, mas também vai impactar na vida daquele profissional, então eu procuro pensar, colocar na balança e ver a melhor forma de tomar decisão baseado no que é bom pra Instituição e no que é bom pra o funcionário (Entrevistado 7).

Não é tão fácil, mas eu acho que **a respeitabilidade, a confiabilidade e o feedback de ações com responsabilidade tem favorecido muito a isso, todos os funcionários de uma maneira geral. O médico responde, mas ele ainda é a pessoa mais difícil de colaborar,** mas ainda...sim nós estamos fazendo um trabalho na área cirúrgica, que é uma área que a gente com muitos profissionais muitos médicos em que você tem uma **adesão de quase 90% e os 10% que restam são muito resistentes, fazem a movimentação contra e tal, mas que a gente vem aos poucos conquistando isso também** (Entrevistado 9).

A gestão está vinculada ao que a Instituição é, então o primeiro passo eu vou dizer o que eu vivi. Entender primeiro o que é a Instituição encontra o que ela tinha de organização e ver o que ela buscava fazer. **Não é um trabalho fácil, você gerir pessoas com competências diferentes,** todas elas importantes, mas me parece que a maneira mais objetiva de fazê-lo é você encontrar uma meta comum, **você tendo uma meta comum as pessoas se alinham para ela, então ao invés de estarem brigando elas se direcionam para essa meta comum.** E o que eu acho que é o grande facilitador para o gestor é **procurar em cada colaborador aquilo que o motiva e alinhar a motivação, o sonho dela ao da Instituição, então a gente potencializa as coisas.** Então por exemplo: se eu sei que tem uma pessoa muito interesse em ensinar além de ser médico ou enfermeira, vou tentar encaixá-la dentro de uma área onde ela possa desenvolver esse perfil também e caso a área dela não permita, encontrar uma maneira transversal em que ela possa encontrar um ambiente onde ela possa desenvolver. **É muito ruim a gente frustrar as vocações.** Então acho que cabe ao gestor você olhar a pessoa, eu procuro sempre perguntar, qual é a sua habilitação, qual é o seu sonho? E aí dentro disso **a gente desenha o que ela quer, ver o que a Instituição precisa e alinha não só o trabalho, mas os sonhos conjuntos, dessa forma eu vejo que se tem bons resultados** (Entrevistado 11).

Todos os entrevistados mencionaram que não é uma tarefa fácil gerir essa grande quantidade de profissionais com relações distintas, como, por exemplo, o médico com o enfermeiro, com o fisioterapeuta, com profissionais da saúde em geral, o gerente com a alta direção, recepcionista com supervisão, entre outros. De acordo com Anunciação; Zoboli (2008),

encontram-se nesse ambiente hospitalar duas classes que geralmente entram em conflito, que são os gestores e os profissionais da saúde, pois comumente os primeiros tendem a buscar a eficiência por meio das análises de custo-benefício e custo-oportunidade, enquanto os profissionais de saúde focam na meta de sua lide: o bem do paciente.

Na fala da respondente 11, encontramos uma característica do líder servidor (HUNTER, 2006), que procura entender e atender as necessidades dos liderados e, neste exemplo, mediante apoio ou de desenvolvimento da capacidade de cumprir com excelência sua missão, seus talentos, porém que não significa se sujeitar a vontades nem conceder privilégios, precisando estar alinhado às vontades da Instituição.

Para encontrar o equilíbrio entre as relações, a entrevistada 10 alertou que é necessário ter humildade e reconhecer suas capacidades e limites para saber transitar em todos os ambientes e relacionamentos. Refletiu que talvez o fato de ser religiosa “facilita” o acesso a todos os setores sem dificuldades. Como afirmou Hunter (2006), uma das características do líder deve ser a humildade, encontrada nesse relato. Para ele, os líderes humildes não sofrem de inferioridade, sabem que não têm todas as respostas e aceitam isto com naturalidade, além de considerarem sua liderança uma enorme responsabilidade, encarando de forma séria a posição de confiança a eles depositada. Talvez seja porque o foco não está nos benefícios corporativos nem na politicagem interna, preferem se concentrar nos compromissos inerentes à liderança.

Não é fácil. Eu tenho que me conscientizar daquilo que eu sou, a partir dessa conscientização eu vou em busca daquilo que realmente eu preciso pra que haja toda essa, **pra que eu chegue em todos os profissionais,** eu não sou médica, não sou enfermeira, eu sempre estive na administração, eu não sou nutricionista, mas eu sei lidar, eu lidei com essas pessoas todas, o próprio médico, o primeiro administrador médico que o hosp. Português teve foi a pedido meu, eu cheguei na direção e falei: **Não sou médica, cheguei no meu limite.** O hospital está crescendo, o número de médicos também está crescendo e eu preciso que os senhores me ajudem com um administrador médico e foi aprovado pela junta [...] Se eu me conscientizar, é claro, eu tenho que ter um certo conhecimento de determinadas coisas, mas a religiosa em sim, **eu respondo por mim, a religiosa já tem um acesso mais fácil, porque ela vai muito mais pelo que ela é como religiosa, viu, ai existe uma maior abertura, pra se chegar lá é mais fácil, eu não sinto dificuldade de chegar com a direção, fala com um médico, eu não sinto dificuldade, tem essa**

facilidade, já tem como religiosa já se propõe a isso, é claro que eu não posso me dar ao luxo de dizer: não, aqui não, aqui eu não devo, eu devo medir as consequências, eu devo ser uma pessoa que sabe onde está, todos nós temos limite, então se eu posso chegar até aqui, eu não vou querer ultrapassar, eu tenho que parar e ver o que eu preciso pra chegar até aqui então vou em busca daquilo que eu preciso, que **eu não sou uma pessoa completa, pessoa perfeita, que não falte nada, absolutamente, eu tenho a minhas limitações como qualquer ser humano, mas não encontro nenhuma dificuldade** (Entrevistado 10).

4.2.2.3.2 A importância da comunicação entre as relações profissionais

Para minimizar esse desafio enorme de gerir várias relações profissionais, alguns respondentes referiram-se à importância da comunicação para melhorar esse processo relacional. É fundamental levar a informação de uma forma que seja compreendida por todos e quando isso não acontece a responsabilidade é de quem não fez de forma correta. Mais uma vez, a valorização das individualidades foi relatada e, neste caso, para fazer a comunicação da melhor forma e facilitar a gestão, conforme relatos a seguir:

Olha, é um desafio todo dia. Porque apesar de estar trabalhando neste formato desde 2009, as pessoas são diferentes, **eu nem trabalho muito com essa questão hierárquica**, se é presidente, se é gerente, se é provedor, eu trabalho com pessoas então as pessoas são diferentes, **então a minha preocupação e da nossa sala é levar a informação num formato que seja entendível**, e não padronizar essa informação para que o outro, nós somos meios né, a qualidade é meio, é uma ferramenta de gestão ela é uma ferramenta para que as pessoas possam fazer a gestão da sua áreas então eu preciso articular a melhor forma para cada pessoa para dar a informação, então quando você tem pessoas afins, você consegue montar grupos de pessoas e consegue dar a mesma informação no mesmo formato, mas confesso que isso é diário, eu costumo dizer e digo isso muito para equipe que **quando a pessoa não entende o que a gente fala a culpa é nossa**, foi a forma que nós falamos que fez com que ela não entendesse. Então a gente se preocupa muito com isso aqui (Entrevistado 1).

Inicialmente foi mais complicado, mas quando a gente vai tendo função de cada um e a maneira pessoal de lidar com cada pessoa se torna mais fácil, **agora lidar com pessoas sempre é difícil porque cada um tem um jeito**, um jeito de receber uma crítica ou um elogio, um treinamento inclusive, **então tem que conhecer cada pessoa mais ou menos como ela já vai receber esse tipo de informação para poder saber como passar essa informação de modo a fazer de modo mais amigável possível**. Tem gente que recebe coisa mais fácil, tem gente que dou uma informação e acha que estou criticando, então tem que saber tudo isso (Entrevistado 3).

As narrativas dos informantes acima revelam que eles buscam, por meio da comunicação, compreender as individualidades visando melhorar o desempenho nas relações profissionais. Tal compreensão reforça a afirmativa de Gelis Filho; Blikstein (2013), ao inferirem sobre a comunicação assertiva, que é uma técnica que visa melhorar o diálogo a partir do entendimento sobre as particularidades de cada um, fazendo-se mais proveitosa.

4.2.2.4 Estimular a humanização na saúde

Nesta seção, descrevemos alguns pontos da tríade da humanização na saúde, com o olhar voltado para o paciente, para o funcionário e para a Instituição. Ilustradas a seguir, a partir do registro das falas dos entrevistados.

4.2.2.4.1 Humanização com o olhar voltado para o paciente

As iniciativas de humanização da saúde foram relatadas de várias formas, demonstrando a necessidade de contribuir para essa visão tão requerida. Inicialmente tivemos a referência da participação do setor da qualidade, na qual a entrevistada é gestora, aludindo às suas experiências pessoais que contribuiu para ajudar na humanização do ambiente da UTI neonatal, ou seja, planejou o espaço para esses acompanhantes que aguardam seus bebês internados, proporcionando maior conforto e qualidade. Da mesma forma, outro entrevistado informou sobre o aspecto de personalizar o ambiente, como o setor de pediatria, para aproximar estes pacientes de um lugar mais acolhedor. Pontuou-se que chamar o paciente pelo nome, ajudá-los a encontrar o lugar da clínica ou da terapia que irá realizar é um dos aspectos de humanizar, pois o hospital é muito grande e oferecer esse auxílio favorece essa prática.

Esse cuidado de chamar o paciente pelo nome foi relatado novamente, acrescentando o direito de ter um acompanhante, ter um espaço onde possa ser ouvido (ouvidoria), e o serviço

da UTI especial como sendo um dos diferenciais que o Hospital oferece, para onde, dependendo da gravidade do paciente, ele é transferido para um quarto onde pode ter contato direto com um familiar. Segue-se o registro das falas:

Sim, eu não sei se nós temos esse peso todo relacionado a esse tema, por conta da área que é muito meio, mas assim quando a qualidade está incorporada em alguma decisão, por exemplo, quando houve a reforma da maternidade, a qualidade estava vinculada a essas reuniões para bater o martelo do que teria, como seria, a questão do parto humanizado, de como a gente iria trazer essas mães, **onde esse berçário iria ficar como a gente iria estruturar a questão da UTI neonatal, foi muito baseado em experiências pessoais, principalmente minhas, eu tive uma filha prematura eu passei dias e noites aqui, então o meu sentimento relacionado todo aquele contexto pesou muito na minha tomada de decisão, no que eu gostaria de ver no complexo materno-infantil da Instituição e que hoje nós temos**, temos especialmente hoje o hospital com 75% de taxa de ocupação então as pessoas procuram, nossa UTI é humanizada, **pai e mãe podem entrar na hora que quiser ver o seu bebezinho recém-nascido**, a gente não recebe bebezinhos de fora, a UTI neonatal é só os nossos que nascem aqui, tem toda infraestrutura para os pais ficarem, tem sala de convivência, tem TV, tem frigobar, tem banheiro próprio, pra mãezinha se quiser ficar aqui aguardando a hora de ver seu filho, então a gente se preocupou muito de ver esse universo que é tão delicado pra poder estruturar uma área que pudesse atendê-los, pelo menos eu posso colocar essa experiência por ser um experiência positiva para contribuir com essa questão (Entrevistada 1).

Sim. **Quando a gente chama o paciente pelo nome**, quando colabora pra estar junto com o colaborador pra algumas ações que precisam ser feitas, quando a gente encontra, porque o hospital aqui é muito grande, **então quando a gente encontra alguém que está precisando encontrar algum lugar aqui dentro e a gente direciona**, ou até as vezes vai junto a essa pessoa, porque as vezes, aqui a gente tem um público muito eclético né, do mais simples, do mais humilde ao mais, várias classes sociais e aí quando você conversa com a pessoa, você percebe, de várias idades, e você percebe que ela não vai conseguir encontrar o lugar, aí **eu acredito que humanização também é isso, é você pegar essa pessoa da onde ela tá, com aquela informação que ela tem, e você ir com ela até o local onde ela precisa chegar**, porque o hospital é grande, se você só direcionar ela não vai encontrar. Eu acho que isso também é humanizar. **Outra coisa que também é humanizar é quando você, por exemplo, numa ala de pediatria, você tem as coisas voltadas para pediatria, é numa ala de maternidade você ter as coisas voltadas para maternidade**, algo que te remeta isso (Entrevistada 7).

Sim, veja. [...] **Todo mundo tem que ser tratado pelo seu nome, você tem direito nas circunstâncias legais a acompanhante, você tem o direito de ser ouvido, nós temos uma ouvidoria estruturada**, a UTI especial que é com quartos e dependendo da gravidade do paciente há momentos efetivamente na UTI em que a humanidade não é tão importante, a sobrevivência é mais importante são aqueles casos muito graves, então começa com as áreas de UTIs mais fechadas, **na medida em que está mais presente mais autônomo, ele passa a desescalonar e ir pra um lugar que seja mais humano onde ela possa ter família etc. temos mais de 40 leitos na UTI especial**, que fica com

a pessoa, **um produto que só nós temos hoje**, por outro lado a questão da UTI de neo e pediatria a questão das mães poderem ficar, isso é inclusive previsto por lei (Entrevistado 11).

Outro relato identificou a humanização por meio do programa de acolhimento que o hospital tem. São várias ações voltadas para receber o paciente, explicando para ele todo o procedimento durante a estadia naquele ambiente. Comentou sobre o relacionamento com o acompanhante que irá depender do plano de saúde que se tenha, como, por exemplo, o tipo de rouparia que será utilizada.

Com certeza. Como eu disse a você, **a gente trabalha junto com o grupo de acolhimento** e dentro dessa equipe a gente sempre destaca esse aspecto (esse acolhimento é o que? É dar boas-vindas ao paciente?) Também, **você dá boas vindas, você diz o que é o hospital, diz o que ele vai fazer, como ele deve se comportar aqui, como vai receber isso, vai receber aquilo, como uma forma humanizada de lidar com esses aspectos.** (Se tem direito a rouparia?) Não sei, vai depender de cada setor. Tem um ponto aí que entra o convênio, porque **tem planos de saúde que, por exemplo, não dá direito ao acompanhante, a ter direito a rouparia**, (aí fica por conta do paciente) então tudo isso é conversado com o paciente, olha veja isso, isso, isso, de uma forma conciliadora. Uma recepção do paciente de uma forma humanizada. Tem pacientes que não sabem o nome do seu médico, internou ele aqui para algum procedimento aqui e ele chega sem saber direito o que vai ser submetido, entende? Então a gente também conversa com ele, seu médico orientou se precisa de algum preparo e tal. (Então isso está dentro do acolhimento, que vocês padronizaram). Exatamente (Entrevistado 9).

Sobre esse aspecto relacionado aos usuários, de acordo com Roberto (2005), a humanização do atendimento médico-hospitalar deve contemplar todas as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, que não estão dissociadas, favorecendo uma recuperação mais rápida e um atendimento mais humano. Entretanto, há de se ter o cuidado, que Reis; Marazina; Gallo (2004) alertaram, para que o único alvo da humanização não seja o usuário e sim contemple todas as relações, como profissional-equipe, profissional-instituição e outros, como serão exemplificados no decorrer da análise.

4.2.2.4.2 Humanização com o olhar voltado para os profissionais da saúde

Usualmente a humanização tem como foco à relação profissional de saúde – usuários, porém é necessária a percepção da importância desse profissional que lida com estes pacientes. Um dos informantes confirmou que vê o direcionamento ainda para o paciente, mas tem a consciência de que não consegue atingir o nível máximo dessa atenção. No entanto, é uma busca constante. Para que isso se torne rotina, e o funcionário seja percebido nesse processo, o ensino e a pesquisa devem ser pontos fundamentais no processo de humanização na saúde, pois um dos objetivos da prática do ensino é estar aberto para o aprendizado e para as críticas. Referiu-se, também, a esta dissertação como um instrumento valioso, sendo possível identificar aspectos que não são observados pelos participantes no dia a dia.

Sim. O ponto principal, se você perguntasse dentro desse objetivo nosso, **da centralização do paciente, da preocupação do paciente eu tenho isso em 100% da minha assistência, não. Então a gente tem um programa, esse é o foco, a gente está procurando isso**, é sempre questionado se é utopia, se a gente vai conseguir chegar a esse nível, então é essa busca constante disso, e **aí a gente usa de uma série de ferramentas**, a equipe multidisciplinar é um, essa metodologia scrum, de gestão de criação de novas ações é outra, áreas de momentos de relacionamento, de convivência, de socialização, **de criar o espírito de que temos uma equipe**, algo que a gente tenta colocar na gestão é o tripé, que está inclusive na visão, **na missão do hospital que é uma estrutura de assistência humanizada, mas também voltada para ensino e pesquisa [...]**, mas um dos muitos objetivos de você estar ensinando é **você se abrir também a aprender e ser criticado**, então eu acho que esse processo de ensino que é multidisciplinar, você tem a residência médica, você tem estágios, tem as faculdades trazendo os profissionais e isso também já ajuda nesse processo. [...] **Que eu enxergo que, todos esses processos de percepção, por exemplo, essa sua pesquisa é um instrumento muito valioso de identificarmos necessidades de melhoria, você tem alguém de fora que vem nos observar, pode evidenciar, sempre evidencia coisas que nós não conseguimos observar**. Então enxergo, assistência, ensino e pesquisa, minha área é saúde, eu acredito que não seja só em saúde, um constante processo de aprimoramento eu saio daquela acomodação que eu acho que toda instituição tem esse risco, chega um processo de conforto, acomodação, eu posso ficar aqui, eu acho que quando você passa por ensino e depois a pesquisa, não saberia dizer qual tira mais do conforto isso força a assistência a melhorar (Entrevistado 4).

Em conformidade com o relato acima, Backes; Lunardi Filho; Lunardi (2006) sintetizam que a humanização é múltipla em seu significado. Para tanto, é essencial fomentar o

entendimento de humanização na equipe para, de forma mais eficaz, humanizar o atendimento ao paciente, a exemplo de construções de conhecimento por meio do ensino e da pesquisa, que permitirão identificar aspectos positivos e negativos do ambiente e da produção de saúde.

4.2.2.4.3 Humanização com o olhar voltado para a Instituição

Na fala a seguir, observamos um aspecto de relação com a Instituição, como sendo um processo de humanização, ou seja, a gestora demonstrou um sentimento de pertença, cuida do espaço como sendo seu, exemplificando que é semelhante ao de pertencer a uma família, relacionando o amor com tudo e todos que estão envolvidos nessa organização.

Sim, e como. [...] **Então primeiro que eu amo este hospital, onde eu trabalho eu amo**, se eu não amasse eu acho que, não sou eu, qualquer pessoa, qualquer ser humano, por exemplo, se tu não amas tua família, tua família nunca será a família que tu gostarias que fosse, se tu não amas o teu trabalho, nunca vai ser aquele trabalho que a Instituição espera, e eu como religiosa tenho mais do que obrigação porque eu deixei meus pais, meus irmãos, minha família que eu tanto amava, que me amava, pra **me dedicar a quem eu não conheço, um outro universo, que não o familiar, mas eu tenho que formar essa família aqui, senão eu não vivo, é a família universal**. Se eu não conseguir eu não vivo. Por isso eu amo, aliás não é o primeiro hospital, já trabalhei em Manaus, no Rio, tudo como religiosa, mas em todos **a primeira coisa procuro verdadeiramente o significado, o que eu significo ali, o que eu devo significar para todos que vivem nesse ambiente, nessa Instituição, e procuro amar** [...] eu não posso ver nada errado no hospital, ele faz tudo pra ser o melhor em tudo, **então eu não consigo ver um funcionário fazendo uma coisa errada, quando a coisa é tão gritante eu mesmo falo: meu filho, não faça isso, até barulho nos corredores eu falo: tem gente morrendo aqui, tem paciente aí malíssimo, então tem que estar em silêncio, é um lugar santo** (Entrevistado 10).

Esse relato está correlacionado com os citados por Ashmos; Duchon (2000), ao relatarem que os seres humanos têm a necessidade de viver o sentido de pertença, definir a sua identidade em função das relações com os grupos a que pertencem. De fato, para muitas pessoas o local de trabalho é o único laço consistente com outras pessoas e a única via para satisfazer as necessidades humanas de conexão e de contribuição.

4.3 Sobre as dimensões espirituais presentes na administração do hospital em estudo

A espiritualidade no trabalho tem múltiplos significados, mas para esta análise selecionamos as dimensões relatadas por Rego; Cunha; Souto (2007), que estão expostas nas entrevistas a seguir.

4.3.1 Entendimento sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho

Nesse tópico, iremos analisar as dimensões espirituais baseadas em Rego; Cunha; Souto (2007), que poderão estar presentes no ambiente de trabalho do hospital, tais como: sentido de comunidade na equipe, alinhamento do indivíduo com os valores da organização, trabalho com significado, alegria no trabalho e oportunidade para vida interior.

4.3.1.1 Sentido de comunidade na equipe

Essa abordagem transcreve se existe no ambiente de trabalho o espírito de equipe, zelo mútuo entre seus membros, sentido de comunidade e propósito comum.

Para alguns respondentes, existe a percepção da diversidade de profissionais no setor do seu trabalho, que formam equipes, como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, dentre outros e, que, por serem um grupo muito grande nem todos visualizam o espírito de equipe. Entretanto, se for pensar no grupo como um todo, existe essa preocupação. Também foi relatado que existe um cuidado para visualizar que todos na empresa são dependentes um do outro, ou seja, quando um setor da equipe não está funcionando

adequadamente, é feito um trabalho de tentar ajudar a todos, identificando um sentimento de equipe e propósito comum. De forma mais intimista, para alguns, a equipe é visualizada como uma família, na qual todos devem se ajudar, cuidar um do outro. Conforme as falas de alguns respondentes indicam:

Sim, só um detalhe, **há uma heterogeneidade na equipe**, são só de médicos em torno de 180, com os enfermeiros, mais uns 180, técnico de enfermagem vão a 600, fisioterapia, então assim, eu não posso dizer que há uma homogeneidade, há uma heterogeneidade, **o que eu estou falando é o pensamento majoritário, então a maioria tem**, mas há uma heterogeneidade nisso, eu tenho plantonistas que não tem uma preocupação com essa relação (a equipe é tudo isso?) Sim, porque no todo somos 9 UTIs, ao todo 163 leitos e uma coordenação geral, cada unidade tem um coordenador específico (Entrevistado 4).

Sim. Ainda a pouco a gente tem uma preocupação com a arengação do outro. **Essa é uma equipe que um depende do outro, o universo da empresa como um todo um depende do outro**, e a gente conseguiu mostrar isso, que **se aqui não está desenvolvendo bem liga, conversa, vamos ver o que está acontecendo**, vamos chamar fulano para lhe ajudar, a gente tem sempre feito uma coisa desse tipo. **Inicialmente eu fazia, mas mostrei a cada um da necessidade de cada um se dirigir ao outro exatamente nesse sentido, qual é a dificuldade que você está tendo para resolver isso? O que eu posso ajudar? E isso vem sendo feito naturalmente no dia a dia.** Ainda há pouco a gente estava conversando que ontem no fim da noite tinha muita pouca roupa em determinado bloco cirúrgico que é um bloco de muito volume, e hoje de manhã já se ligou para a lavanderia pra encaminhar essa roupa, estamos encaminhando, mas estava demorando porque a roupa que tinha já tinha sido utilizada e já estava chegando aí e tal, mas a demora estava fazendo com que, acabou a roupa que nós tínhamos naquele setor e aí como fazer? Se ligou para o setor de transporte, para ver se o setor iria buscar em outro bloco por empréstimo, enquanto lá não chegava porque lá poderia aguardar. Então passa mesmo a ter uma iniciativa de contornar a situação (Entrevistado 9).

Eu assino a família do ambulatório que faz o M^a Fernanda, porque essa equipe, tem que ser uma família, porque a família é aquela que se preocupa com o outro, não se preocupa só consigo, se eu me preocupo só comigo eu deixo de ser família, e isso não pode acontecer [...] estou fazendo balanço na farmácia, a maioria diz: Madrinha eu estou livre. Eu agradeço à Deus todos os dias por isso, elas veem se oferecer, coisa que não é comum acontecer (Entrevistado 10).

De maneira geral, os gestores relatados nas falas acima percebem a equipe como parte de uma família ou visualizam que os membros do grupo se preocupam uns com os outros, conforme foi descrito por Ashmos; Duchon (2000), na inferência de uma dimensão presente na espiritualidade no trabalho.

No quesito sobre apoio mútuo entre as pessoas, o entrevistado 9 relatou que trabalha em sua gestão a descentralização das ações, dando responsabilidades a cada um e cobrando compromissos de todos que formam a equipe. Entretanto, sinalizou que essa preocupação se deve também ao processo de acreditação que o hospital está implementando e que contribui diretamente para a facilitação desses processos. Como explicitado na fala seguinte:

Existe sim, é como eu lhe disse, estava muito eu, eu, eu, mas quando eu cheguei aqui a gente viu exatamente isso, tem o setor de lavanderia, de recepção, o outro internamento, e cada um trabalha isoladamente não tinha essa coisa como eu mostrei a você agora, de a gente ligar para lá e quando ligar, ouvia: eu não sei, não estou interessado se vire e essa coisa assim, então isso realmente passou a acontecer quando a gente formou essas equipes, e dentro do hospital hoje você tem equipes diferentes (são as mesmas pessoas 'de antes', mas que estão trabalhando de uma forma diferente). Integrando sempre. E assim vários outros setores que não fazem composição da nossa equipe de trabalho já passaram a formar também outras equipes e isso tem um processo que a gente chama de acreditação, que está sendo implantado no hospital que contribuiu muito também para isso que a gente tem que ter a exigência do cumprimento de determinadas tarefas e favoreceu muito a criação dessas equipes para que você, facilitou alguns processos (Entrevistado 9).

Essa percepção do gestor 9, referida na fala acima, evidencia o objetivo dos programas de acreditação que existem na área da saúde. De acordo com Emídio (2009), essas avaliações têm como alvo desenvolver a qualidade dos serviços assistenciais, contemplando investimentos em tecnologia, em treinamento humano, aplicação de melhores práticas, visando o foco na assistência qualitativa do atendimento.

4.3.1.2 Alinhamento do indivíduo com os valores da organização

Essa subcategoria traduz a compatibilidade de valores da vida interior do indivíduo com os valores da organização. Abarca ainda um item respeitante ao sentimento de que os líderes procuram ser úteis à sociedade. Será abordado um tópico sobre os princípios essenciais da organização (missão, visão e valores).

Todos os respondentes foram unânimes em informar que se preocupam em ser úteis à sociedade. O entrevistado 5 fez uma observação dando ênfase à importância de se sentir útil, pois sem isto não existe valor para a espiritualidade.

Com certeza (Entrevistado 9).

Preocupo em ser útil em tudo. **A gente tem que buscar sempre ser útil, quando a gente se sente inútil, acho que até a espiritualidade deixa de existir, de fazer sentido** (Entrevistado 5).

Sobre o aspecto do alinhamento do indivíduo com os valores da organização, encontramos na subcategoria integrar valores humanos às suas vidas profissionais quando nos foi relatado, de acordo com a fala a seguir, que a missão de vida desta funcionária está dentro da sua missão vocacional, como pôde ser percebido:

Eu acho que sim, eu vou lhe explicar uma coisa: eu sou médica e pensei em ser freira, não fui casei, então a minha vocação, a minha vocação no sentido religioso no sentido espiritual, **então o lugar onde eu escolhi pra fazer o meu apostolado foi aqui, que não dá tempo de fazer em outras áreas, durante a minha formação eu fazia, fui da associação brasileira de Alzheimer, de Parkinson, grupo de jovens casais, isso começou na vida profissional e na vida familiar, só que a medida que as posições foram modificando acabei não tendo esse tempo fora do espaço profissional então dentro do espaço profissional, eu criei o Instituto de ensino e pesquisa, de geriatria e gerontologia, onde eu encontrei a maneira de além de fazer a parte intelectual e profissional, também de realizar esse anseio de fazer o Bem, de ser decente de modificar o curso das coisas [...]** (Entrevistado 11).

Em conformidade com Daft (2010), todo o indivíduo traz um conjunto de crenças e valores pessoais para o local de trabalho que irão repercutir em comportamento e são importantes na tomada de decisão nas organizações. Outros autores (O'DONNELL, 1997 apud VASCONCELOS, 2008) entendem que o verdadeiro valor de uma organização é resultado da soma dos valores internos de seus membros. Tal assertiva deve ser relativizada, porque nem sempre é ofertada a todos os membros de uma organização a possibilidade de externarem os valores que realmente acalentam.

A percepção dos entrevistados sobre o quesito dos princípios essenciais da organização, sendo a missão, a visão e os valores, teve como proposta verificar se existe o alinhamento destes

princípios com os do colaborador. Conforme pode ser percebido em alguns relatos, existe uma ideia vaga sobre esses princípios entre todos os funcionários. Muitos até informaram que não sabiam, que os têm decorado, porém que tinham acesso por meio de um documento pendurado na parede, de um crachá com estas informações, assim como no site. Um deles, inclusive, relatou que a missão, a visão e os valores foram alterados recentemente, decorrentes da Acreditação Internacional pelo que o hospital será avaliado, como indica a fala de alguns entrevistados:

Eu tenho uma ideia vaga, sendo bem sincero, **porque eu entendo que não existe uma identificação real entre a missão, visão e valor que estão anunciadas e aquilo que é na prática feito**. Essa discordância não digo que seja algo ostensivo ou que seja muito diferente daquilo que eu entendo que é a missão, visão e valores da Instituição, mas **simplesmente não existe uma prática de envolvimento dos colaboradores na missão, visão e valor**. Isso está lá como algo que foi escrito, **algo que foi definido por algumas pessoas, meia dúzia de pessoas**. Tá lá como um retrato na parede, ou qualquer outra coisa, hoje em dia não é mais na parede, é na nossa página web, mas acho que podemos melhorar em relação a isso (Entrevistado 2).

Uau, essa missão e visão acabou de ser alterada. **Não vou dizer a você que eu sei decorada, mas a gente acabou de alterar porque** (se você se lembra de um) **a gente tem como missão que é o atendimento de excelência e qualificação dos colaboradores da Instituição. Também cita que a nossa Instituição é de ensino e pesquisa, busca exatamente isso**. Se você quiser eu posso te dar. **Ela acabou de ser alterada por causa da JCI (acreditação)**, a gente tinha uma missão bem pequenininha e acabou alterando por causa da certificação internacional e a gente fez missão, visão e os valores (Entrevistado 5).

Eu consigo olhar, lendo aqui (gargalhada). Tá vendo, **humanismo, excelência e transparência**. Todo mundo tem em todo lugar (risos) estou sendo sincera com vc. Não é verdade? No crachá da gente tem, gostou? Tem assim, é só virar. **Estou lhe dando a fila. Isto é muito feio estar dizendo as metas assim. Tudo tem fila no crachá. Tem coisas que você não bota em prática todo dia, é como o passo a passo de lavar as mãos, a gente já faz. Não é todo mundo que decora** (Entrevistado 6).

A entrevistada 11 mencionou que os valores institucionais refletem a história da Instituição, informando que o título de Real Português é pelo “bem fazer” e que a denominação de beneficente é devida a algumas normativas e práticas, dentre elas, que os sócios não participam dos lucros, pois tudo é revertido em mais investimento para o hospital.

Eu acho que a missão e a visão da empresa refletem a sua história e são seus objetivos. O hospital começa por causa de uma equipe de cólera, depois se expande por todas as outras áreas, **ele foi reconhecido pelo Rei Português e o título de Real Português é pelo 'bem fazer'**. É um hospital que sempre primou pelo pioneirismo aqui se fez o 1º transplante renal, cardíaco, de medula, teve a 1ª UTI. **O hospital é beneficente, entendo que a beneficência é um título que a sociedade toda do hospital que tem algumas características**, que atende SUS hoje legalmente tem um percentual que a gente atende alta complexidade do SUS e é tratado igualmente na mesma UTI que atende o SUS é aquela que recebe o paciente particular só tem a mudança de hotelaria, mas a equipe é a mesma, a área é a mesma, os recursos são os mesmos, nós temos habilitação para alta complexidade e temos uma área de beneficência para aqueles que são abaixo da linha de pobreza. **O ser beneficente não impede que se tenha convênios isso que mantém e qual a razão para ser da beneficência? É que não há um dono que ganhe, tudo aquilo que é auferido pelo hospital é reinvestido no hospital.** (Não existe participação dos lucros). **Não, não** (não tem sócios) **tem sócios, mas são sócios benemerentes, provedores, então toda provedoria, toda gestão da provedoria ela não ganha dinheiro, ela trabalha voluntariamente para o hospital**, existe esse grupo e depois existe todo o grupo profissional que aí sim trabalha e ganha [...] (Entrevistado 11).

De acordo com as informações obtidas no site do RHP, tivemos acesso aos valores institucionais, tais como a missão, em que se lê que é uma instituição de saúde, ensino e pesquisa, que proporciona um atendimento integrado com excelência técnica, científica e humana. A visão é ser nacional e internacionalmente reconhecida como uma instituição de saúde de excelência médico-hospitalar, na gestão do conhecimento e comprometimento social. E os valores são: humanismo, excelência, pioneirismo, beneficência, dignidade e transparência. Visando à satisfação do cliente, as políticas de qualidade do RHP são: recuperar e preservar a saúde, humanizar o atendimento e promover o crescimento profissional dos colaboradores e a melhoria contínua dos processos (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA DE PERNAMBUCO, 2016).

A percepção de que a maioria dos funcionários não sabia os princípios essenciais da organização dá-nos a impressão de que existe uma lacuna entre o que está no papel e o que é praticado. Entretanto, verificamos que mesmo não sabendo ‘decorado’ esses princípios, em alguns momentos da análise percebemos que existe uma correlação destes valores com os que o funcionário traz. Segundo Tourish & Pinnington (2002 apud VASCONCELOS, 2008), a

visão deve exercer o papel integrativo, catalisando os membros em torno de um todo composto de uma série de aspirações compartilhadas e capazes de moldá-los em seus comportamentos diários. O desafio é colocado e ao líder cabe o papel de ser seu porta-voz.

4.3.1.3 Trabalho com significado

Nesta seção foi analisado se o trabalho realizado corresponde a importantes valores da vida do indivíduo e se gera algum benefício para sociedade. Essas dimensões são complementares aos encontrados no item anterior.

Nos relatos citados abaixo, observamos que, para o trabalho ter sentido deve ser por meio da conscientização da responsabilidade em cada ação que faz ou não. Complementando, outra entrevistada referiu a um trabalho com sentido, pois sua profissão, Psicologia, tem muita importância, pois as pessoas adoecem também emocionalmente, assim como os familiares e, dessa forma, consegue identificar um sentido de propósito maior.

Acredito que sim. **Tem um sentido e a forma como eu faço ajuda a consubstanciar sentido** (explica melhor essa forma de dar sentido). Primeiro em consciência e **ampliando a consciência a cada dia que passa. Sobre consciência eu voluntariamente me torno cada vez mais responsável por cada coisa que faço ou deixo de fazer.** Se eu sou consciente da minha missão e se na minha missão é ajudar o outro ou participar para o bem comum então necessariamente aquilo que eu faço e desempenho através do trabalho é direcionado a isso (Entrevistado 2).

Todo, eu acho assim, não é à toa que eu entrei aqui há 23 anos e hoje em dia nós somos 16 psicólogos aqui e eu acho que se tivesse o dobro teria trabalho para todo mundo, porque não falta solicitação não. **Porque as pessoas não adoecem só fisicamente, elas adoecem emocionalmente e a família adoce junto** (são 16 profissionais para o hospital todo?) Mas fique sabendo, no Brasil inteiro, que nosso hospital é o que tem maior número de psicólogos, hospital particular, porque tem hospitais aqui de ponta que não tem nenhum contratado, você conta psicólogo contratado por alguma equipe, contratado pelo hospital não tem (Entrevistado 6).

Na percepção mais acentuada do significado de um trabalho que gera benefício para sociedade, a entrevistada 1 referiu que o objetivo final do seu trabalho é atender às necessidades

dos pacientes. Já em outra gestora, identificou-se que existe espaço no trabalho que favorece tanto a prática do exercício profissional quanto do humano, como exemplo ao passar por um ambiente e poder ajudar aquele usuário de alguma forma. Para outros, um trabalho com significado se faz a partir do servir, em que a função de suas atividades é servir ao outro, fazer o bem. Segue-se o que as falas indicam:

Sim, meu trabalho dentro do Hospital Português é padronizar os processos e esses processos chegam ao nosso consumidor final que é o paciente em qualquer estado em que ele esteja na instituição, seja ganhando neném ou em terminalidade, então **tudo o que é feito aqui é pensando se fosse uma pessoa minha ou se eu estivesse no lugar** e quando a gente traz isso para dentro da sala, a gente ganha um comprometimento e um envolvimento maior das equipes com certeza (Entrevistado 1).

Tem, porque na realidade aqui a gente tanto exerce o seu lado profissional, como humano. A gente vai além do profissional, extrapola o profissional e tem campo para isso, você tem como agir assim, você tem como ir além do profissional, um simples gesto de você passar, porque aqui é muito grande, uma cidade, um labirinto, um **simples gesto de você passar e ver uma pessoa meio perdida, acho que dá para você exercer esses valores, exercer essa questão da humanidade, de ajuda** (Entrevistado 8).

Eu espero que tenha. Porque não é se doar, se dedicar sem um...eu acho que a nossa vida tem que ter um objetivo e quando eu vim para vida religiosa que a gente, existe um chamado para isso, assim como você tem a sua vocação para o matrimônio eu tive pra vida religiosa, então Deus presente na minha história, no meu Sim, aquilo que deixei pai, mãe, irmãos, pra servir a Deus, através dos irmãos, sem escolha, onde eu for chamada pela congregação eu tenho cumprir a minha missão, seja quem for. Eu acredito que gera...**eu espero que sim, porque eu não estou aqui para servir a mim mesma, estou aqui para servir ao outro e o outro faz parte da sociedade**, a minha dedicação é plena nesse sentido (Entrevistado 10).

Claro que sim. O meu trabalho existe para isso, é a motivação de eu ter escolhido a profissão. **Acho que a medicina facilita essa resposta, porque o objeto do nosso trabalho, da nossa função é o outro, é o se sentir melhor, é ter saúde, ou quando não tem, a gente ajudar, aconchegar, eu vejo assim, que a minha função é fazer o bem** (Entrevistado 11).

Reforçando o que foi mencionado, Hunter (2006) enfatiza que praticar o servir requer do líder o amor enquanto verbo expressado pelo comportamento, a partir do agir bem com os outros, incondicionalmente, respeitando suas particularidades e procurando atender suas necessidades. O líder reforça e amplia sua liderança porque, com ênfase em sua sabedoria,

coordena e integra o trabalho de todos gerando maiores resultados, ao mesmo tempo em que se empenha no desenvolvimento dos seus liderados.

4.3.1.4 Alegria no trabalho

O sentido de alegria e prazer no trabalho foi abordado neste tópico. Todos os entrevistados informaram que sentem prazer ao realizar suas funções, conforme pode ser percebido na fala das respondentes 5 e 6.

Totalmente, **se não tiver prazer naquilo que a gente faz, não faz sentido acordar cedo, tomar banho e vir para o trabalho sem ter prazer. Acho que não é só dinheiro que move o ser humano é justamente o prazer naquilo que ele faz** (Entrevistado 5).

Muito, **eu sou muito privilegiada em trabalhar no que eu gosto**, por isso que eu estou há mais de 30 anos (Entrevistado 6).

Os autores Rego; Cunha; Souto (2005) afirmam que os seres humanos definem a sua identidade a partir da interação com os grupos dos quais estão fazendo parte, e essa dimensão representa a necessidade destes em viverem um sentido de alegria e prazer no trabalho. Dessa forma, essa dimensão está presente no ambiente de trabalho.

4.3.1.5 Oportunidade para vida interior

Neste tópico foram abordados pontos relacionados à prática de ações voluntárias estimuladas na empresa, se a organização respeita a vida “interior”, ou seja, respeita a espiritualidade de cada um e se disponibiliza um espaço para leitura de livros “meditativos”.

Quando questionados se a empresa oferece algum tempo destinado à práticas de ações voluntárias, a maioria foi unânime em informar que não existe esse momento, por questões da própria demanda do trabalho.

Outra questão foi sobre o respeito à espiritualidade de cada indivíduo durante sua jornada de trabalho, pois existem práticas realizadas nas religiões que reúnem as pessoas para orar, cantar hinos de louvor, nas horas das refeições fazer suas preces. O que observamos foi que a Instituição, apesar de ser católica, respeita a individualidade de cada funcionário em sua escolha de elevação espiritual, conforme pode ser constatado nas falas das respondentes 3, 5 e 8.

Eu sou ateu, então não entraria bem, mas com o que eu vejo com relação aos funcionários eu não sei se é uma política específica relacionada a isso na empresa, **mas dentro do horário de descanso eu não vejo nenhum preconceito ou estímulo, então eu imagino que haja o respeito porque se não há proibição a princípio há permissão**, também não vejo nenhum problema com quem faça não, inclusive eu **já presenciei aqui grupos de leitura, grupos bíblicos, algumas pessoas marcam, reservam um espaço e há o respeito da empresa, agora fora do horário de trabalho**, porque aí descaracteriza um pouco, mas assim também há liberação tranquila, nunca vi nenhum problema relacionado a isso. **Nem eu vejo problema, como é uma questão de foro pessoal, espiritualidade, eu tenho o meu pensamento cada um tem o seu, enquanto há uma convivência pacífica, harmoniosa, cada um deve seguir o que achar melhor** (Entrevistado 3).

Sim, a gente tem esse respeito com o outro, eu sou um dos que oram, oro quando chego, não no meu local de trabalho, mas no carro, oro no almoço, agradeço a Deus quando saio quando chego no carro, agradeço a Ele pelo dia, então assim vejo muitas pessoas fazerem isso na hora do almoço e nunca vi nenhum tipo de zoação, de preconceito. A gente tem também a capela, os católicos tem seus cultos regulares, às 6h30 da manhã, tem uma missa, tem uma equipe de evangélicos que se reúnem na hora do almoço, fazem sua leitura da bíblia, cantam seus hinos, sem incomodar, num local um pouco mais afastado da parte assistencial até porque o cliente pode não entender isso, então pra respeitar a gente separa muito bem a questão da religião e trabalho, a gente respeita todo tipo de religião, de ação de escolha que a pessoa tenha, é totalmente respeitada com relação a isso, mas a gente separa pra que o cliente entenda. (O Português é uma Instituição Católica?) Católica, tem as irmãs aqui, trabalham no hospital, tem sua renda também, elas trabalham com a parte de assistência, de chegar no leito, temos também um padre, tipo um velório, vai lá, faz todo o processo (Entrevistado 5).

Eu nunca percebi, 'desculpa: teu nome?' Eu nunca visualizei assim, **a gente aqui é um hospital católico então assim, aqui tem missa diariamente, de 6h30 da manhã tem missa todos os dias, então quem é católico tem essa oportunidade de chegar um pouco mais cedo e frequentar uma missa, eu sei que tem um grupo que não é católico, é evangélico sempre se reunia no horário do almoço em determinado local então assim, a gente nunca teve a intervenção, o hospital em si nunca contestou outras religiões, o foco é a católica, [...] então assim é muito arraigado aqui a religião católica, mas nunca houve que eu perceba teve uma discriminação perante as outras não** (Entrevistado 5).

No quesito sobre a disponibilidade de um espaço para leitura de livros “meditativos”, foi relatado que existe a biblioteca, que é aberta tanto ao colaborador quanto para visitantes, assim como existe o espaço de convivência dos funcionários, localizado no edifício garagem, conforme pode ser observado nas falas 5 e 6.

A gente tem um espaço da biblioteca que é tanto para o público externo quanto o interno também. Fica aberto nos horários administrativos, aliás é até às 19h, as pessoas que largam às 17h podem ir lá, na hora do almoço podem ir lá, ler alguma coisa, acessando alguma coisa, tem esse campo da biblioteca com acesso à internet também. Na biblioteca tem bíblia, tem livros de espíritas, de várias religiões, então assim tem esse espaço (Entrevistado 5).

Aqui tem uma biblioteca, você já conheceu? **Tem a biblioteca e o lugar que os funcionários podem descansar no local no edifício garagem, você viu também?** É no 6º andar. Fora a capela que está sempre aberta, pode entrar na hora que quiser. Vale a pena ir (Entrevistado 6).

4.4 Sobre os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital em estudo

Esta seção tentará explicar os possíveis efeitos que as dimensões espirituais provocam na gestão do hospital em estudo. As entrevistas estão transcritas como pode ser observado a seguir.

4.4.1 Liderança

Neste tópico, serão abordados os aspectos da gestão com respeito, gestão com generosidade, gestão com atenção e integrar valores humanos a suas vidas profissionais.

4.4.1.1 Gestão com respeito

Na visão de uma liderança que demonstra respeito aos funcionários, observamos uma situação de que mesmo o médico sendo o líder da equipe multidisciplinar, procura integrar todos a participarem efetivamente da visita aos pacientes, ou seja, dá importância aos outros profissionais que fazem parte da equipe. Essa visão é fundamental, uma vez que o modelo de gestão na área da saúde tende a ser centralizado no médico e essa preocupação de dar espaço que é reservado aos outros colegas da área alimenta o respeito nesse ambiente. Outra abordagem foi relatada e diz que, quando o gestor se depara com alguma queixa de um funcionário, procura ouvi-lo, levando-o a refletir sobre aquela atitude provocada e dando opções para melhorar a situação, assim como quando é realizada alguma mudança nos processos, não as impõe, dando oportunidade de ouvir o colaborador sobre o que ele acha que seria melhor também, uma vez que será ele quem irá executar a atividade, dando espaço para sua participação. Outros, procuram dar conforto nas dificuldades, no momento em que o funcionário chega com problemas pessoais procuram ter o cuidado de entender o próximo, como pode ser observado a seguir:

A própria criação da visita multi, onde se dá espaço para que todos, o técnico de enfermagem também é chamado, se você me perguntar se ele participa 100% como eu desejaria, não. Ainda há certos preconceitos dentro da estrutura, **mas é um espaço aberto para que eles participem, que eles coloquem suas demandas e suas opiniões. Acho que isso demonstra uma valorização que vai desde o médico diarista que é o chefe daquela equipe até o técnico de enfermagem que é a ponta, quem está mais obedecendo as ordens de todos, mas é o momento onde a opinião dele pode mudar a conduta**, então se mostra que todos são importantes e que todos tem um papel a desempenhar, **acho que a estrutura da visita multidisciplinar quebra um pouco a estrutura médico centrada do processo de assistência à saúde**, ainda é médico-centrista porque quem coordena a visita é o médico diarista mas é uma forma, **o bom médico diarista ele não chefia a visita, ele administra a visita pra que todos participem, cabe a ele só dar um norte, as prioridades [...]** cada um tem seu papel (Entrevistado 4).

O ouvir, então **quando tem algum problema**, que me chega alguma queixa ou geralmente é queixa ou uma reclamação, **eu procuro ouvir daquele colaborador se de fato houve e faço ele refletir o que ele poderia fazer de outra forma para evitar o problema**. Eu acho que isso é [...] o ouvir o outro

lado da história e fazer a pessoa refletir o que ele poderia ter feito de melhor, para poder evitar eu acho que demonstra respeito. Outra coisa, é **quando a gente está implementando algum processo, perguntar para aquela área onde o processo vai ser implementado, o que que eles acham daquela implementação**, pra daí tirar deles, como eles estão na base, tira deles, não olha: desse jeito é bom, mas na nossa vivência seria melhor se acrescentasse isso, se tirasse aquilo, acho que isso também demonstra um respeito, que também está dentro do ouvir (Entrevistado 7).

[...] eu acho que aqui é uma instituição que respeita e valoriza muito a condição humana, das necessidades, das saídas e das possibilidades, que são intrínsecas ao ser humano, problema com filho, com marido, se preocupa muito com o bem estar, porque por mais que a gente diga essa frase, deixe seus problemas da portão pra fora, isso é pra mim uma coisa totalmente ultrapassada, **os problemas acompanham a gente onde quer que a gente vá, e o que a gente precisa fazer é compreender o colaborador**, conversar com ele pra isso a gente tem apoio psicológico, tem um excelente gestor de RH, os gestores são treinados pra entender as situações diversas dos seus colaboradores (Entrevistado 1).

Nestas falas foi percebido que quando é dado o espaço para o profissional exercer seu trabalho durante a visita multidisciplinar, oportunidade de ouvir as necessidades dos colaboradores, assim como entender as dificuldades pessoais que cada um traz para o ambiente de trabalho, estes líderes concedem respeito, pois optam por tratar todas as pessoas como importantes (NUNES; AGUIAR, 2016). Quando o gestor dá importância a todas as pessoas, está evidenciando respeito por elas. O líder está rodeado de pessoas que a todo tempo podem perceber se ele é capaz de respeitar os outros e precisa construir uma relação de confiança com elas, demonstrando respeito pelas habilidades e capacidades da outra pessoa.

Ainda sobre esse mesmo tópico, algumas categorias apareceram durante a entrevista: preocupação com a alimentação, oferecer plano de saúde, treinamentos, feedback da ouvidoria e compromisso com o pagamento em dia. Para uns, ter uma padaria própria é uma demonstração de respeito e cuidado para com os funcionários. Já em outros, é percebido que receber elogios e críticas advindas tanto da direção quanto da ouvidoria demonstra interesse no que aquele funcionário está fazendo, ou seja, não tem uma neutralidade quando às suas ações. Na compreensão do outro entrevistado, a empresa procura sempre investir em treinamento para os funcionários, dando oportunidades para ir a congressos, como demonstram as falas a seguir:

Variadas, **desde o simples fato de terem uma padaria própria, nós fazemos nosso próprio pão, que é simbólico mas nós temos cuidado com aquilo que as pessoas comem.** O restaurante dos funcionários a comida é própria, tudo é comprado por nós, é fabricado por nós, é oferecido a todos os funcionários, além do pão. **Mas eu destaco o fato que embora possa parecer simbólico, o fato de alguém estar a lembrar de que nós tivéssemos a nossa própria padaria eu acho que isso demonstra uma preocupação com a qualidade que se oferece [...]** (Entrevistado 2).

Primeira coisa, **quando temos ouvidoria, quando temos agradecimentos de clientes a gente repassa aos funcionários, quando é nominado a gente repassa, eu pelo menos tento fazer agradecimentos e reconhecimento quando o funcionário faz uma coisa bem feita, a própria direção, a provedoria a gente recebeu agora alguns elogios da gestão superior,** mas uma coisa que tem que falar também não é só de elogios, a crítica também é uma forma de melhora, uma crítica construtiva, então quando eu recebo críticas é uma forma que a empresa está demonstrando interesse no que eu estou fazendo, o pior é a neutralidade, se é neutro é que é alguma coisa está errado, sempre tem algo a melhorar ou tem algo de bom a se falar, **quando recebo crítica ou sugestões de melhoria eu vejo uma intenção da empresa de ajudar a gente e ajudar os funcionários a se relacionar melhor** (Entrevistado 3).

A Instituição procura fazer um acolhimento muito bom também ao funcionário. **Desde o vestuário, alimentação, ao treinamento com a gente mostrou agora, está sempre tendo treinamento permanente para o funcionário.** Se o funcionário, pelo menos 2 vezes por ano, tem condição de participar de um congresso, de um workshop fora do hospital. Então tem um olhar muito bom para o funcionário, como Instituição (Entrevistado 9).

De acordo com Duchon; Plowman (2005 apud MARTINS; PEREIRA, 2009), para a eficácia de uma liderança espiritual é preciso que a produtividade e o bem-estar dos funcionários estejam sempre conciliados. Nestes relatos, percebeu-se que os colaboradores estarão a realizar o trabalho, entretanto, visando também o bem-estar desse indivíduo neste espaço.

Procurou-se destacar as falas a seguir, que foram percebidas com maior frequência. Refere-se ao cuidado com o pagamento da remuneração mensal destes funcionários, que está sempre em dia, e todos estarem dentro das normas. Isso é visto, pela maioria, como uma forma de gestão com respeito.

[...] Existe oferecimento de festas anuais de alta qualidade para o funcionário; **existe um cumprir escrupuloso das datas de pagamento, da remuneração** (Entrevistado 2).

Acho que respeitar o funcionário não é fazer apenas aquilo que ele quer. Respeitar o funcionário é simplesmente cumprir normas e rotinas, a gente sabe

que existe coisas que a gente as vezes não consegue, não está dentro do procedimento de normas e rotinas, mas a gente consegue tratar da forma mais humana possível, pra que, como falei anteriormente, a pessoa se sinta satisfeita e respeitar tem a parte financeira, **a gente respeita com suprir com todos os nossos pagamentos em dia, pagar os impostos dos funcionários tudo direitinho pra que haja um respeito mútuo, porque é muito ruim a pessoa vir trabalhar com um dia de salário atrasado. Isso é uma coisa que graças a Deus nunca aconteceu na nossa Instituição e nós como RH e com a parte financeira do hospital e diretoria nunca toleraram algumas horas de atraso, quando mais 1 dia de atraso, sempre tem pago de forma exata e regular, inclusive perante a Lei a gente é bem adiantado**, porque a Lei diz que tem que pagar até o 5º dia útil de cada mês e a gente paga no último dia útil do mês corrente, sempre tem pago de uma forma antecipada (Entrevistado 5).

A Instituição, ao meu ver ela tem uma prática que eu acho muito respeitosa a contentação de todo mundo absolutamente formal e dentro da lei, então a gente não tem aqui funcionários que não estejam dentro daquilo que é normatizado [...] **Pagamento não atrasa, salário não atrasa em hipótese alguma, eu acho isso respeitoso, todo mundo é contratado**. Existe um serviço social ativo, p.ex. de problemas psiquiátricos, trabalho de autismo, de alcoolismo. Existe o fardamento para alguns grupos, para os funcionários contratados. Existem normas de segurança que são respeitadas, usar sapatos fechados, tem que usar cabelo preso, não pode ser brinco grande. Há festejos para os funcionários, existe uma área de escuta do funcionário, tanto no serviço social quanto na educação continuada pra casos em que pode haver abuso ou alguma coisa assim, tem uma área específica que eles podem perguntar (Entrevistado 11).

Quando visualizamos essa preocupação da Instituição em manter a remuneração dos colaboradores em dia, encontra-se uma correlação com a visão de Fry (2003), ao propor que em uma liderança espiritualizada é preciso ter uma cultura empresarial/social na qual o líder e os seus seguidores manifestem atenção, preocupação e apreciação por si mesmos e pelos outros. Neste caso, pontua-se o reconhecimento do trabalho do funcionário mantendo a folha de pagamento regularizada, não trazendo prejuízos tanto para o colaborador, quanto para a organização.

4.4.1.2 Gestão com generosidade

Para alguns entrevistados, entende-se o aspecto da generosidade no momento em que pensa em dividir os recursos financeiros da Instituição que são destinados para investimentos

em cursos de capacitação, e o gestor se dispõe a escolher aqueles que não são muito caros para que o orçamento destinado a este fim seja compartilhado com todos, ou seja, pensa no coletivo. Foi encontrada explicitamente na fala de um dos respondentes, a presença do líder que está disposto a servir, conforme relatos abaixo:

(risos) Isso é o que talvez a gente tem feito com certa frequência. A gente tem, como toda empresa, não pode pagar curso qualificação para todo mundo, **então alguns cursos que eu vejo pra mim, que talvez vá passar da cota que a gente tem, então a gente prefere adquirir o mínimo pra ele seja disseminado pra que todos tenham essa oportunidade de buscar um conhecimento, de ir pra um congresso, de ir pra um simpósio, [...]** pra que a gente seja justo, e o sacrifício vem aí deixo de fazer algo, o máximo que eu gostaria de fazer numa parte estratégica pra que os outros também conheçam todo o processo, **a gente manda algum e fazer multiplicação do que aprendeu**, naquele dia, pra não ter aquela impressão de que a pessoa foi a passeio, tem muito disso: ah, fulano foi pro simpósio, foi passear. Então a gente sempre tenta quando a pessoa retorna passar aquilo pra equipe que ele viu lá de novo, que pode ser melhorado (Entrevistado 5).

E como, tem que haver, **se eu sou uma gestora e não sou generosa, acho que não estou correspondendo**. Em uma palavra quero apenas lhe dizer, **eu posso ser uma chefia, uma gestora, supervisora, mas se eu não tiver essa generosidade, se eu não for generoso, pra mim não é só pra vida religiosa somente**, por exemplo, a maior responsabilidade de uma comunidade religiosa é a superiora, mas eu não fico no nível de superior, eu fico no nível de serviço, pra nós na vida religiosa e eu levo isso pra onde eu vou, aqui pro M^a Fernanda, **eu sirvo eu não mando, eu acho que é disso que qualquer chefia tem que se conscientizar disso, eu não tenho que estar aqui atrás de um birô mandando, eu tenho que servir, e é porque a gente só consegue uma equipe coesa se ele sentir que eu também ponho a mão na massa**, que eu não estou ali só pra ditar leis, é dar o exemplo (Entrevistado 10).

Concorda-se com Maxwell (2010) nessa prática de uma liderança que serve, na qual se verifica que a amplitude da sua influência depende da intensidade de sua preocupação com os outros. Estes que desejam servir têm esse olhar de benefício aos outros e não somente a si, não são pessoas preocupadas com status; procuram o bem da outra pessoa. O líder servidor é aquele que comunica a visão e os valores não só por palavras, mas os expressa pelas suas atitudes e educa pelo trabalho.

A generosidade, na visão de outros, está presente quando acolhe um funcionário que chega com problemas pessoais e essa atitude demonstra zelo tanto pelo lado humano quanto profissional, da produtividade no trabalho. Observa-se na seguinte fala:

Sim, acontece. Não é uma coisa realmente frequente mas acontece, a gente se dispõe a contribuir naquele momento com ajuda. Mas você sabe que muitas vezes a pessoa, muitas vezes é força de expressão mas **a pessoa no ambiente de trabalho passa quase que 1/3 dele, do dia aqui dentro e aí aqui muitas vezes ele chega com problema de fora, pra dentro do hospital e aí a gente tem feito um trabalho dentro desse grupo de acolhimento, de acolher essa pessoa, quando a pessoa chega assim chorando ou raivosa ou isso de acolher pra minimizar naquele momento do desequilíbrio emocional, por duas razões, uma pelo lado humano e outra pelo lado do desenvolvimento da pessoa, do trabalho naquele dia de forma que tem se feito um trabalho nesse sentido.** [...] mas também a gente tem muito isso, dentro de uma relação médico-paciente e aí a gente transfere essa vivência pra relação gestor e a outra coisa, ressalta muito a questão da espiritualidade, e de repente você encontra todas as palavras que aquela pessoa precisa ouvir e muitas vezes se surpreende (Entrevistado 9).

Em Maxwell (2010), a generosidade não é acontecimento fortuito, pois provém do coração e permeia cada aspecto da vida do líder, afetando-lhe o tempo, o dinheiro, os talentos e os bens. Quando o respondente 9 menciona que dedica uma parte do seu tempo preocupado com aquele funcionário que chegou com problemas, identificam-se aspectos de generosidade nesta descrição.

Com outra percepção, a entrevistada seguinte verbalizou que a resolutividade é voltada para o todo, para a Instituição e não para casos pontuais.

Não de outrem, mas em benefício da Instituição com certeza. Hoje nós temos amadurecimento profissional em que nossos olhos são voltados para os Real Hospital Português, então as discussões, as boas discussões e **as conversas são feitas analisando o hospital como um todo, não há um condicionamento a resolutividade pontual, aqui a resolutividade é coletiva** (Entrevistado 1).

Analisando a entrevistada 1, existe uma observação de que nesta fala não é pensado o indivíduo e sim, a organização como o todo, o que remete à reflexão de conflito com as observações de Fry (2003), pois para ele o líder espiritualizado deve ter como objetivo chegar até as mais fundamentais e profundas necessidades individuais e não somente do coletivo.

4.4.1.3 Gestão com escuta ativa (atenção)

Para a maioria dos entrevistados, dependendo do teor da conversa, têm o cuidado de prestar atenção no que o outro fala, porém nem sempre conseguem. E referem que deveriam esperar a pessoa terminar de falar para depois intervir, olhar nos olhos. Indicam as falas:

Algumas vezes sim, algumas vezes não, principalmente por conta do nosso atual momento, nós estamos em finalização para receber uma avaliação internacional e nós planejamos que essa fase de aguardar o outro falar, de colo, ela passou e agora o movimento é de impulsionar, de cobrar, é muito mais de cobrar hoje do que qualquer situação. Já houve esse momento, mas isso é parte exclusivamente desse projeto, na maioria das vezes sim. Se conversa olho no olho, aliás cem por cento das vezes a conversa é olho no olho, é como diria meu filho, é papo reto, **essa fase de aguardar falar e tal, vai depender muito do contexto da reunião, elas tendem a ser mais objetivas, quando tendem a ser mais demoradas aí talvez isso possa acontecer, mas quando são mais objetivas não** (Entrevistado 1).

Eu prefiro olhar bem, fecho porta, minha porta na verdade fisicamente é aberta como você viu, questão até de deixar a pessoa ficar à vontade pra entrar pra falar comigo, pelo menos de dentro, externo não conheço, mas o pessoal de dentro, entra aqui não tem problemas, mas quando é uma conversa um pouco mais séria eu fecho pra dar atenção exclusiva a essa pessoa, deixo o celular no silencioso, **eu tenho um defeito, as vezes eu atropelo a fala do outro, mas eu já reconheci esse defeito e quando vou atropelar eu até começo, me acalmo e continue, estou me policiando com relação a isso, é um defeito meu, mas eu tento** (risos) (Entrevistado 3).

Bem, isso é muito de perfil da pessoa (risos). **Dependendo da conversa eu sei que o correto é sentar, esperar a pessoa terminar e olhar nos olhos, mas em algumas situações a gente acaba interferindo na fala,** pelo meu perfil é pra que eu não esqueça daquilo que eu gostaria de falar e as vezes a pessoa fala, fala, fala, e você acaba não lembrando daquilo que iria falar, peço licença falando daquela parte, mas sempre com todo respeito, seriedade, cuidado pra que a pessoa entenda que você não está sendo um Caxias que vai ser assim e pronto, a gente sempre toma cuidado de entender o problema da pessoa e tentar solucionar aquilo, que seja bom pra pessoa e seja bom também pra empresa (Entrevistado 5).

Na maioria das vezes sim, **quando a gente não está esquentado demais né, a coisa não pegou muito.** A gente tem dia que a gente está pelo avesso né, infelizmente (Entrevistado 6).

Acho que sim, pelo menos essa é uma preocupação. Se atinjo não sei. Acho que essa é a minha maior preocupação porque a diretoria é isso, ver o que está havendo, organizar, resolver. Acho que essas coisas acontecem (fazer atividades sem prestar atenção no outro). O meu ciclo de trabalho hoje acaba sendo os gestores e essa equipe vem sendo construída há 4 anos, é uma equipe muito próxima, a gente conhece o outro e acho que fica mais fácil, não é, são pessoas que fizeram parte da vida da gente de muitas maneiras. **Então eu acho que sim, e você vai dizer: é sempre? Eu não sei, agora é uma preocupação,**

mas também trabalho é trabalho né, você tem que cumprir suas metas, tem que fazer suas coisas, esse equilíbrio é uma busca (Entrevistado 11).

Percebe-se que os gestores relacionados acima têm a consciência de que devem desenvolver ou melhorar a comunicação com atenção, pois, segundo Maxwell (2010), os líderes devem ser bons ouvintes e quando não ouvem, param de adquirir sabedoria, de "escutar" o que não está sendo dito.

Ao analisarmos a subcategoria gestão com atenção (líder servidor), traduzida nessa pesquisa por “escuta ativa”, verificamos que os gestores nem sempre conseguem esperar o outro falar para depois interferir, e ao consideramos a subcategoria gestão humanizada (gestão hospitalar), alguns mencionaram a importância do ato de ouvir o outro, seja funcionário e/ou paciente, como forma de proporcionar uma humanização. Neste caso, identificamos um achado daquilo que é ideal para uma proposta de gestão, para o que é real.

Corroborando com o que Mota; Martins; Veras (2006) elucidaram sobre a importância da linguagem por meio das palavras expressas pelo sujeito, estas precisam ser entendidas pelo outro, e este ato permite descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro e sem isto, não há humanização.

4.4.1.3 Integrar valores humanos à vida profissional

Quando questionado se os valores humanos como compaixão, perdão, humildade, fraternidade, entre outros, estão interligados à vida profissional, alguns respondentes disseram que sempre têm o cuidado de ser o exemplo daquilo que fazem, demonstrando respeito e cuidado com os outros. Que procuram ter um comportamento semelhante, tanto como gestores quanto como homens fora da empresa e a informante 11, que foi mencionada anteriormente, no item alinhamento do indivíduo com os valores da organização, infere que sua missão de vida

está dentro da sua missão vocacional, ou seja, realiza os valores humanos no ambiente laboral também, conforme as falas indicam:

Os meus estão sim. Eu sempre tenho cuidado de mostrar o respeito, o cuidado, se a gente não for exemplo daquilo que a gente faz, a nossa equipe acaba seguindo aquilo que não é o correto, é como se fosse uma relação entre pai e filho mesmo, mesmo eu sendo mais novo que muita gente, eu sou exemplo que as pessoas buscam em mim, **então se eu piso fora da linha, as pessoas tendem a cobrar e cobram, porque eu dou esse espaço** porque se eu falhar em alguma coisa, me cobrar com relação aquela situação, e a gente tem o espaço totalmente aberto, conversa numa boa, então as pessoas tem a abertura de cobrar, então **eu sempre busco aplicar aquilo que eu aplico em casa, aplicar no trabalho, como o que eu tenho pra minha vida pessoal, externa ao hospital eu trago ela pra dentro do hospital, não adianta eu ser um traficante fora da empresa e dentro da empresa eu ser um exemplo, isso não é a melhor forma de se ter** (Entrevistado 5).

Estão. Faz parte do dia a dia não só a parte do gestor como também a do homem, como profissional, eu acho que no todo envolve você tanto o lado profissional, como o lado familiar, o lado social. **Eu tenho um comportamento semelhante nesses aspectos** (Entrevistado 9).

Eu acho que sim, eu vou lhe explicar uma coisa: eu sou médica e pensei em ser freira, não fui casei, então a minha vocação, a minha vocação no sentido religioso no sentido espiritual, então o lugar onde eu escolhi pra fazer o meu apostolado foi aqui, que não dá tempo de fazer em outras áreas, [...] só que a medida que as posições foram modificando acabei não tendo esse tempo fora do espaço profissional então dentro do espaço profissional [...] A própria formação profissional em si é essencial para as pessoas se realizarem, a questão da ética no seu trabalho, na nossa área é muito crítico né, então a questão do sigilo, como você convive, como não convive, a hierarquia de valores na tomada de decisão eu não consigo ver isso separado, eu vejo isso como um bloco inteiro, agora numa Instituição desse porte você tem que ter um desempenho, resultado que é cobrado (Entrevistado 11).

Estas observações foram encontradas em Héjj (2004 apud VASCONCELOS, 2008), quando considera que líderes adeptos dos recursos espirituais são pessoas de forte convicção moral, buscam integrar respeitáveis valores humanos às suas vidas profissionais como parte importante de suas autorrealizações.

Contudo, na entrevistada 8 percebe-se uma incompletude quando menciona que os valores são os mesmos da Instituição, ou seja, apesar de ter respondido sim, não conseguiu atingir o objetivo da pergunta, pois confunde os valores pessoais com os valores da organização. E o informante 4 reconhece que deveria melhorar quando diz: “Não tanto quanto deveria”.

Sim. São os valores que cada setor aqui tem, a sua missão, tem os valores e um dos valores é o respeito tanto ao colega quanto ao cliente, questão do

atendimento humanizado, da empatia que a gente tem que se colocar no lugar do outro, importante né (Entrevistado 8).

4.4.2 Humanização na assistência hospitalar

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar é um amplo conjunto de iniciativas que indicam a forma de assistência a qual valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional (DESLANDES, 2004).

Nessa categoria, procurou-se constatar os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital em estudo. Foram selecionados para esta análise alguns aspectos que envolvem a relação diretamente com o paciente, tais como o respeito a eles e qual o entendimento por humanizar o atendimento. Na relação com os colaboradores, se existe o sentimento de solidariedade entre a equipe, se a organização realiza ações para desenvolver a autonomia dentro do ambiente laboral e, por fim, se existe um espaço para conversar sobre os sentimentos relacionados ao trabalho.

4.4.2.1 Respeito aos pacientes

Esta seção foi desmembrada em três dimensões, as quais serão descritas a seguir e ilustradas a partir das falas dos entrevistados.

4.4.2.1.1 Respeito aos pacientes melhorando o atendimento por meio de treinamentos

Alguns gestores percebem que por meio do treinamento eficaz do funcionário, padronizando um atendimento de excelência, é possível o respeito ao paciente. Das vezes que

é percebido pelo gestor a falta do respeito, pode ser devido a uma educação básica deficitária e até mesmo cultural, ou seja, aquele indivíduo não sabe qual a forma correta de ‘chegar’ ao paciente e, por isso, é fundamental que exista um treinamento eficiente para melhorar o respeito ao usuário, como observamos nas falas a seguir:

Eu sinto que tem esse respeito e quando falta esse respeito, por algum momento, por alguma questão, **por falta talvez de um treinamento melhor que a gente não tenha dado ao colaborador, entendeu?** Acho que todo mundo tenta fazer um trabalho eficiente, com isso inclui também o respeito ao cliente, ao paciente mas **quando algumas vezes eu chamo alguém para conversar porque o cliente se sentiu desrespeitado ou ultrajado, qualquer que seja, a pessoa diz, eu nem pensei nisso, então é como se assim, é o jeito da pessoa de tratar aquilo que não na verdade não é o correto e tem que colocar uma correção só na área profissional, na área pessoal a pessoa age como acha por bem, mas dentro da empresa deve haver uma maneira de se tratar** e aí acho que responde (Entrevistado 3).

De uma maneira geral, acho que há respeito sim. Acho que na nossa região a gente precisa melhorar a educação básica. Se você perguntar aos funcionários, eles acham que são respeitosos, muitas vezes o cliente não acha, claro que aqui a gente tem má fé, tem os que são malzinhos, mas na maioria das vezes não há um alinhamento da cultura...eu acho que é muito cultura, então às vezes as pessoas se sentem um pouco invadidas outras **agredida porque essa cultura, essa formalidade cultural ela não faz parte, é uma coisa a desenvolver e na área da saúde isso é muito importante**, porque quando você está doente você está frágil, você abre as comportas, então você não pode entrar de qualquer maneira nesse convívio, tem que ser respeitoso mesmo que deem carta branca, você não pode ir todo, **então acho que a cultura de respeitar entendo que é um processo em desenvolvimento e cada novo funcionário que entra precisa novamente reestruturar, fazer**, mas a gente tem exemplos lindos, a gente tem o natal, carnaval, dos funcionários com os pacientes e a gente vê como essa relação é muito forte, tivemos agora uma criança que teve um tumor cerebral imenso e todo o hospital envolvido, as pessoas se envolvem, querem bem, saem da sua atividade para se envolver, cirurgia cardíaca, transplante, câncer agora muito (Entrevistado 11).

É importante pontuar que este assunto possui inúmeras esferas e que foi mencionado também na subcategoria de desenvolvimento de habilidades técnicas, na qual o treinamento foi considerado como sendo um aspecto fundamental para o incremento de cuidados para com os pacientes.

4.4.2.1.2 Respeito aos pacientes por meio do planejamento dos gestores

Essa observação foi relacionada à preparação prévia dos gestores, ou seja, ao ato de planejar as ações, da preocupação com as reuniões para definições de processos, demandas, entre outros, que terá como maior beneficiário o paciente, de acordo com o relato abaixo:

Em todos os momentos, porque na hora que eu tenho que juntar cinco gestores, gestores de áreas afins médicos, gestor de manutenção para tratar de um fluxo que chega na ponta para o paciente, **eu só penso nele, então tudo aqui é feito pra eles, e isso pra mim é o sinal de maior respeito** (Entrevistado 1).

Um dos princípios da Política Nacional de Humanização é a indissociabilidade entre atenção e gestão. Nesta, as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, reforçando a importância que trabalhadores têm na busca de participarem ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde (BRASIL, 2004).

4.4.2.1.3 O paciente como ator principal

Foi informado por alguns gestores que o profissional, aliás, toda relação deve se basear na atenção direcionada, e neste caso, estar focado no paciente e, mesmo que a assistência ainda não esteja totalmente desvinculada do modelo médico-centrista, o paciente deve ser colocado como ator principal dessa relação.

Existe e não existe. (Existe e não existe?) Tem momentos que existe, tem momentos que não porque nem sempre as pessoas preocupam, estão focadas, mais do que se preocupar, nem sempre as pessoas estão focadas naquilo em que estão a fazer, **então eu não posso respeitar o meu paciente se eu sou o profissional da saúde e não estou focado nele.** Independentemente da vontade ou da intenção que eu coloco no meu ato, mas o essencial da prática da assistência passa pelo foco, qualquer foco, e **se eu não estou focado na pessoa com quem estou a interagir o respeito ele não existe ou pode ser reduzido** (Entrevistado 2).

Sim. Acho que em todos os momentos. **Eu não posso dizer que a assistência saiu completamente do modelo médico-centrista de determinar as condutas, mas do paciente ser o empoderado como foco da assistência sim,** isso é algo que nós já conseguimos, **o foco de tudo é o paciente, e não a necessidade do médico,** a necessidade do assistente, isso é algo já, quando

isso não ocorre, isso já gera uma percepção de que algo está errado e a equipe já tenta se corrigir automaticamente (Entrevistado 4).

As ações de assistência, quando humanizadas, centralizam-se não apenas na recuperação e cura do paciente, mas também no seu bem-estar completo, atentando-se para ouvi-lo e considerá-lo nos aspectos emocionais, psicológicos e afetivos (REIS; DA SILVA SENA; FERNANDES, 2016).

Outro ponto mencionado foi relatado por outra gestora, que fala sobre respeito ao paciente vinculado ao acolhimento. São atividades realizadas desde a chegada do paciente estendendo durante toda sua permanência no hospital.

No momento do acolhimento, quando ele já chega aqui a gente (o que é esse acolhimento?) **Acolhimento seria desde a recepção, porque na realidade todos os setores acolhem, mas o acolhimento em si, é desde a recepção é você identificar o objetivo da vinda dele pra aqui, e tentar viabilizar o máximo que possa pra que ele possa conviver aqui**, o período que ele estiver aqui, ele estar bem, não é se sentir em casa porque ele nunca vai se sentir em casa, mas confortável e atender a expectativa dele (esse acolhimento é durante todo o momento que ele está aqui?) Todo momento que ele está aqui, é acolhido na recepção, aí vem a parte dos médicos né, tem um setor meu que é realmente o do acolhimento que são as visitas, que todos os pacientes que são admitidos eles recebem visita no leito, **orienta sobre os procedimentos no apartamento, os setores principais, desde o canal da TV até como abaixar a cama, então tem toda essa orientação** (achei que era um enfermeiro que dava essas explicações). Não, é a gente. Como eu disse anteriormente, cada um faz o seu acolhimento, quando ele entra aqui ele já sobe com essa equipe, já leva até o apartamento, a enfermeira faz o acolhimento dela, se apresentando tirando a pressão, fazendo as primeiras demandas dela e a gente faz **a visita logo em seguida, orientando como é o funcionamento, se ele precisar de água a quem ele recorre, ele fica orientado em todos os itens** (Entrevistado 8).

De acordo com Brasil (2004), acolher é reconhecer o que o outro traz como legítimo e singular na necessidade de saúde e, conforme relato mencionado acima, deve sustentar a relação entre as equipes, da análise dos processos de trabalho e serviços. Para tanto, o acolhimento deve ser construído de forma coletiva.

Outras formas de percepção sobre momentos de respeito ao paciente se devem ao retorno ao paciente de suas reclamações e elogios feitos a partir do espaço da ouvidoria, segundo relato de uma entrevistada; atitude de se colocar no lugar do outro, exercitando a

empatia, foi mencionado por outra gestora; e ir além da função que o funcionário exerce, ou seja, perceber as necessidades do paciente são demonstrações de consideração pelo usuário de serviço de saúde, de acordo com as falas abaixo.

Essa é uma informação pra mim que não estou na ponta, é difícil de te informar, mas **com relação aos dados estatísticos da ouvidoria a gente tem tido algumas informações que chegam pra nós, que todas as queixas que são possíveis, lógico que existem e todos os elogios, tem a devolutiva pra o paciente, então isso não deixa de ser uma forma de respeito com os pacientes** da devolutiva de tudo aquilo que ele reclama e elogia, fora os treinamentos que a gente dá comportamental que é uma forma mais comportamental de expressar de cuidar, agora mesmo a gente conseguiu aprovação pra ter mais de quinhentas pessoas da ponta, que são recepcionistas, maqueiros, pra ter uma padronização no atendimento de excelência, que um não fale A e o outro fale B, a gente tem um padrão de atendimento pra que atendam de forma satisfatória os nossos clientes (Entrevistada 5).

Eu acho que, pelo pessoal da psicologia, a maioria das vezes, em alguns momentos assim pela equipe como um todo, pelo volume de trabalho, pelo estresse, as pessoas passam de um plantão pro outro, talvez falte um pouco isso, **mas a gente tem corrido atrás pra que as coisas aconteçam, eu sempre peço um exercício que é muito bom, se coloque no lugar dele, se imagine com essa doença, com essa dor que não tem remédio que passe, você ia estar tão calminho falando tão baixo quanto você gostaria que ele falasse com você?** isso é uma coisa que é meio impactante, na primeira vez que você pede as pessoas tomam um susto, porque, por exemplo: um queimado, um grande queimado, é uma pessoa extremamente irritada, está nu em cima de um colchão d'água, tudo nele dói, uma queimadura no dedo dói, imagina de grande queimado né, você querer que esta pessoa esteja bem calma, bem tranquila, é humanamente impossível, **então se coloca no lugar um pouquinho né, e as pessoas não costumam fazer esse exercício não, quando pede pela primeira vez, a gente sente que é meio impactante,** cuidar de uma mãe que está com um filho na UTI, minha gente, essa mãe está muito fragilizada, um bebê que você idealizou, sonhou, nasce todo mal formado está numa UTI, podendo morrer, a pessoa pode estar calma? Não. Dá nem pra pensar né? (Entrevistada 6).

Sim, e ai se não existir. **Quando eu digo respeito ao paciente é de um modo geral,** por exemplo: eu às vezes posso passar até indiferente, uma pessoa triste ou uma discussão de uma paciente com outra, e eu estou na recepção, estou pra recepcionar, **eu estou para a enfermagem, eu sou técnica de enfermagem, eu estou para o atendimento no consultório, mas se eu vejo sinto a necessidade daquele paciente, embora fora daquilo que realmente é a minha obrigação e se eu me passo pra isso ou pra ouvir, ou pra saber porque está acontecendo isso,** porque vocês estão discutindo, por exemplo: um dia desses foi um celular que a paciente achou que tinham roubado, ela mesma foi rasgando os papéis da bolsa, pegou tudo e jogou no lixo, quer dizer a gente ligava pro celular, chamava e estava no lixo, a recepcionista disse, estou sentindo que está por ai, no lixo, que está tocando. **Quer dizer, existe aquilo que eu tenho obrigação como funcionária, mas ir além da necessidade.** Já chegou para mim também dizendo que uma paciente estava muito triste que não tinha nem tomado café porque não tinha nada pra comer,

hoje o M^a Fernanda dá a merenda pro paciente. Essa preocupação existe (Entrevistado 10).

4.4.2.2 Humanizar o atendimento

Apesar de ao longo das entrevistas os gestores terem mencionado algum aspecto que remeta à humanização da saúde, ainda nessa subcategoria encontramos nas falas pontos que merecem destaque. A começar pela informante 10, que tem uma visão ampla sobre a humanização, pois para ela o funcionário deve estar atento a tudo que acontece ao seu redor, dando atenção a todos que a procuram, independentemente da sua função. Seu entendimento é de que a responsabilidade para que isto aconteça deve ser de todos os níveis da gestão, desde coordenadores, gerências e alta direção, pois essa meta é o que todos buscam, o alto padrão de qualidade.

É quase que o acolhimento, a atenção, o estar à disposição, estar atento e deixar que o próprio paciente veja em você alguém diferente que ele ainda não tinha convivido, então essa surpresa pode ser positiva ou negativa, eu digo sempre isso, mesmo que você esteja aqui fazendo a ficha de um paciente, chega um outro paciente, perguntar: alguma coisa senhor, só um minutinho, dar aquela atenção, não deixar que a pessoa fique olhando, e não deixar que nada possa tirar essa visão ampla de onde ela está, daquilo que o próprio serviço exige dela, **eu tenho que estar atenta a tudo, não posso me dar ao luxo de, não eu estou atendendo aqui, pode morrer, acontecer o que for, eu tenho que estar atenta. Eu entendo que tem que ser assim, se não a gente não chega a essa qualidade que o hospital quer, quer tanto, quer atingir e eu vejo que a maior responsabilidade é nossa, de nós colaboradores e mais ainda das gerências e das chefias, o estar atento com a equipe que ele é responsável, e dar atenção porque há pessoas que não,** por exemplo, eu quando trabalhava no hospital, não vou dizer que seja aqui, já trabalhei em outros, mas as vezes dizia pro médico, doutor a paciente tal está reclamando isso, Ah Superiora, veja bem, quantos dias tem que essa paciente está aqui, já tem mais de 15 dias, já tem 1 mês, então quando ele não tem o que reclamar, ele reclama aquilo que não deve reclamar. Quer dizer, **eu não admito isso eu não aceito, essa resposta não consigo admitir, a gente sempre pode fazer algo mais, e o paciente sempre tem razão. Ah, mas ele está cansado do hospital, ele está cansado do hospital. Então vamos fazer alguma coisa para que ele se sinta melhor,** porque se ele se sente melhor, os dias que ele tem de internamento já vai abreviar e ele vai poder voltar para casa dele, e a gente quer isso, a gente não quer que o paciente saia do quarto pro velório, ao contrário, volte pra sua família, restituir a saúde, então nós temos que corresponder com aquilo que nós podemos, devemos corresponder, por isso que eu digo, a humanização, sentir humano, quando você é humano,

o mais você consegue. Agora quando você é indiferente, você pode ter tudo que você quer, mas você não consegue chegar lá, porque você nunca, nunca vai chegar onde você realmente não se sente responsável (Entrevistado 10).

Embora não caiba nos limites deste trabalho discutir todas as especificidades sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários, vale ressaltar o que foi descrito pela entrevistada 7, sobre dar ao paciente as responsabilidades do seu tratamento. De acordo com Silva; Castilho Sá; Miranda (2013), é preciso entender a necessidade do aumento da informação destes sobre o seu tratamento, com a defesa de sua participação sobre as decisões a respeito do processo de cuidado e com a sua capacitação para ação autônoma.

É tratar com respeito, com dedicação, é poder ouvir, às vezes as pessoas ficam tão na rotina mecânica, que não para pra ouvir o que o paciente tem a dizer, não para pra ouvir o acompanhante que tem inúmeras coisas pra melhorar o atendimento, o acompanhante pode ajudar muito no tratamento do paciente, **dar ao paciente parte da responsabilidade do seu tratamento,** hoje o paciente é muito passivo no tratamento ele aceita tudo, e eu acho que parte dessa culpa é nossa, dos profissionais da saúde que não dividem com ele essa, **olha: o que você quer? Dar as alternativas e pegar dele o que ele acha que pode ser feito pra que o tratamento dele transcorra bem** (Entrevistado 7).

Um ponto que foi observado pela pesquisadora e merece ser destacado nesse espaço diz respeito ao ambiente físico do hospital e que merece ser relatado. Um ambiente é o espaço do Ambulatório Maria Fernanda. Todos os consultórios, assim como as salas de espera, estavam com os móveis e roupa em ótimo estado, bem como a limpeza em condições excelentes. O outro ambiente está localizado no 5º e 6º andar do prédio RHP, onde estão instaladas as UTIs especiais. São espaços onde o paciente que evoluiu de um quadro mais grave poderá ficar no quarto com seus familiares, ainda sob os cuidados de uma terapia intensiva.

No que se refere à ambiência, segundo a lógica da PNH, um ambiente acolhedor, resolutivo e humano na Terapia Intensiva é de extrema importância para a garantia de privacidade e conforto, tanto dos usuários como dos profissionais, o que repercute no cuidado oferecido (REIS; DA SILVA SENA; FERNANDES, 2016). De forma geral, os dois ambientes relatados demonstraram que a Instituição tem cuidado, respeito e atenção para com os usuários,

e por que não dizer para com os funcionários que ali convivem uma vez que procuram na ambiência esse propósito da humanização.

4.4.2.3 Sentimento de solidariedade entre a equipe

Neste item, alguns entrevistados entendem a solidariedade como uma preocupação com o outro, seja no cuidar do colega de trabalho, no sentido de repassar o conhecimento e em caso de promoção essa vaga estar preenchida por um deles, levando em consideração que a maioria é funcionário antigo e com isso valoriza os talentos que são da Instituição. Outra gestora enxerga que existe uma proteção entre os funcionários quando há alguma dificuldade e todos se juntam. Percebe a repercussão dessa proteção principalmente entre a equipe assistencial, conforme indicam as falas a seguir:

Sim, a gente sempre tem essa preocupação de sempre apoiar um ao outro, de fazer com que o outro cresça também. Não adianta só, eu entrei aqui como auxiliar administrativo e fui galgando alguns cargos pra chegar até a coordenação e **sempre tive a preocupação de deixar alguém preparado pra assumir o cargo que se um dia eu fosse promovido, ou a pessoa fosse promovida, a gente sabia o que fazer daquele cargo daquela função, pra não ter a preocupação de chamar alguém de fora pra assumir o cargo de A, B ou C,** então sempre **tem essa preocupação solidária de aprender, ensinar e não ter medo de ensinar com medo de perder, quem tem medo de ensinar com medo de perder, já perdeu.** Todo mundo aqui é muito companheira um do outro, todo mundo aqui é muito antigo já trabalham junto muito tempo, então tem essa preocupação de ser solidário ao outro (Entrevistado 5).

Eu acredito que sim. Eu vejo todo mundo protegendo e acompanhando os outros, quando vê um obstáculo (faz um movimento de segurar 'proteger'), todo mundo se junta (risos) (repercute em todo mundo) Repercute, sem dúvida. **Eu vejo essa relação mais madura do grupo assistencial,** a gente vem tratando isso sistematicamente, isso ainda não existe de maneira tão madura entre a área administrativa, financeira, dentro da área assistencial é uma prática, as pessoas se juntam, se preocupam (Entrevistado 11).

Esses achados convergem com os encontrados em um trabalho de Santos et al. (2016), em que os profissionais realizam um trabalho coletivo no qual estão presentes cooperação, cumplicidade e solidariedade entre os profissionais, visando prestar o melhor atendimento

possível ao paciente, de tal forma que o entendimento entre os membros da equipe transcende as relações hierárquicas historicamente encontradas nas organizações de saúde.

4.4.2.4 Desenvolvimento de autonomia

Nesta seção, observam-se três dimensões, a seguir descritas e ilustradas pelas falas dos entrevistados.

4.4.2.4.1 Autonomia dentro da competência

Para alguns respondentes, existe a percepção da autonomia dentro da competência de cada colaborador, ou seja, a empresa percebe junto aos gestores a capacidade dele e oferece maior ou menor autonomia. Porém, se existe deficiência em competências essenciais, oferece treinamentos para que estas sejam melhoradas. Outro gestor também percebe que a empresa oferece cursos que incentivam a horizontalidade na gestão, a multidisciplinaridade entre todos os setores, assistencial, administrativo e financeiro. Estes cursos irão melhorar a gestão focada na capacidade e talentos individuais.

Se pensar em autonomia como liberar você, achar que você tem competência para fazer coisas sozinho, ou seja, ter uma autonomia, a empresa percebe junto aos meus gestores, **eles percebem em mim o que eu funciono melhor e me liberam**, me dão uma carta mais branca pra fazer certas coisas, quando percebem que não, que estou deficiente em algum momento, alguma coisa, me orientam ou até oferecem cursos pela empresa pagando, sempre tem cursos acontecendo, então eu tenho autonomia dentro da minha capacidade (Entrevistado 3).

Sim, durante todo o ano você tem uma programação, até coordenada pelo do RH, uma série de cursos e treinamentos, **a gente tenta se capacitar e se incentivar a autonomia integrada a equipe, o último que tivemos foi a metodologia Scrum, justamente o mote é a autonomia, a horizontalidade da gestão, a multidisciplinaridade, que aí não é só de assistência, mas é junto com administração, junto com o financeiro, para gerar projetos e observar a evolução dos mesmos**. Então, são feitos cursos e cursos com objetivo prático de melhorar a forma de gestão centrada nesse ponto as

capacidades e os talentos individuais, isso a empresa realmente faz (Entrevistado 4).

Hoje a gente trabalha por competências, então por exemplo, nós temos o coordenador das UTIs, e esse coordenador hoje é responsável pelo plano de contingência da UTI e ele tem autonomia pra decidir, basicamente eu não entro, pergunto a ele, porque é um plano complexo, o hospital as UTIs estão esgotadas, a cidade não tem UTI suficientes e eles tem uma equipe grande. **Eu entendo que é uma autonomia funcional, nós não temos muito uma autonomia de gestão completa, então a contratação, de recursos, isso passa tudo pela provedoria, tá certo, mas dentro da sua função, da sua competência, sim.** Então há coisas que não precisam ser ditas a diretoria porque a gente já sabe que está dentro da competência. Plano de contingência quando chega no alarde eu sou comunicada, mas a gestão em si ela é feita, mesma coisa com as emergências (Entrevistado 11).

Um fator importante da humanização dos serviços de saúde envolve um aspecto fundamental, que é a capacitação permanente dos profissionais da saúde e essa observação foi relatada por diversos gestores, por meio de treinamentos/cursos que são ofertados. Nesse sentido, Gaidzinski; Peres; Fernandes (2004) reiteram que a marca da liderança moderna é o fortalecimento do grupo de trabalho, valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado de seu trabalho.

4.4.2.4.2 Autonomia para resoluções padrão

Em outras falas, encontramos menções relacionadas às decisões que são de simples resoluções, ou seja, existe um padrão, é dada autonomia, bastando apenas comunicar o resultado final, porém se for uma decisão mais complexa tem que ser levada para direção do setor.

Eu como coordenador, a gente tem dado muita autonomia para as pessoas, pra resolução, então **tem resoluções que são padrões**, algo que é mais técnico, mas problemático, a gente pede pra ser comunicado e a gente tenta resolver de uma certa forma e a gente se envolve pra resolução e os outros que são mais simples, as pessoas resolvem e comunicam, oh fiz dessa forma, ok. Quando a gente vê que não foi de forma satisfatória, a gente não desfaz, mas orienta para que a pessoa faça da forma correta e assim, **sempre tem trabalhado com companheirismo de mostrar as pessoas que eles podem também resolver alguns problemas** (Entrevistado 5).

Eu faço toda manhã, reuniões que a gente realiza aqui que a gente discute os casos, coloca todas as demandas que fugiram um pouco da rotina, é muito dinâmico né, cada dia é um paciente, cada dia é uma necessidade **então a gente vai tentando padronizar o que acontece fora da rotina** a gente tenta padronizar, **e ela sabe até onde ela pode ir, elas tem uma certa liberdade**

pra saber até onde elas podem ir, elas mesmo sabem quando ultrapassou aquele limite, eu tenho que entrar em contato com Maria José pra ver qual caminho tomar, das exceções (Entrevistado 8).

4.4.2.4.3 Sem a percepção da autonomia

Em outros relatos, encontramos o questionamento da existência de autonomia. A gestora, referida na fala a seguir, informou a percepção de que as decisões ainda são muito centralizadas, pois sempre tem que se dirigir a alguém para aprovação final e, com isso, sente que não tem autonomia.

Não vejo como uma preocupação da instituição. **Se o faz não faz conscientemente, mas também não faz nada contra** (Entrevistado 2).

(Tempo maior para responder). Eu acho que não. **Ainda existe uma dificuldade que aqui as coisas ainda são muito centralizadas**, e as coisas são, tem algumas ações que são tomadas em conjunto, que por um lado é bom, **mas a gente sempre tem alguém que a gente vai ter que se reportar para o parecer final, então eu acho que essa autonomia é questionável** (Entrevistado 7).

Em contraponto com o relato descrito na subseção anterior sobre o desenvolvimento de autonomia por competências, os entrevistados acima (2 e 7) mencionam que ainda existe a presença de uma liderança centralizadora. Talvez seja por resquícios de uma visão tradicional e hierarquizada das instituições que ainda permanece, porém que nas últimas décadas passam por uma mudança neste paradigma, em que a visão de trabalho deve ser mais flexível, com unidades semiautônomas, distribuição de poder e confiança mútua (GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004).

4.4.2.5 Expressão dos sentimentos

O profissional de saúde deve valorizar os sentimentos despertados na sua prática diária e incorporá-los como instrumentos valiosos no atendimento à saúde. Segundo Brasil (2001),

desde a formação até a prática dos profissionais da saúde deve ser considerada a fragilização física e emocional provocada pela doença e as suas consequências na relação entre o profissional e o usuário.

Sobre esse assunto, entrevistados informaram que, quando percebem algum conflito existe a prática de uma conversa com as partes envolvidas, mas não tem um espaço físico reservado para isto. Fizeram uma observação de não colocar os envolvidos frente a frente para evitar maiores problemas. Como as falas a seguir indicam:

A gente não tem tratado dessa forma, em um espaço, mas quando um funcionário nosso tem algum tipo de problema a gente sempre procura se reservar em algum local, ouvir e tentar resolver aquele problema da melhor forma, **se é um conflito entre os profissionais, a gente conversa com uma parte, conversa com outra parte nunca deixa os dois conflitarem, tenta resolver da melhor forma, porque sempre alguém vai achar que é o dono da razão** (Entrevistado 5).

Não, veja é [...] **Algumas vezes eu já atendi algumas pessoas aqui, onde houveram alguns conflitos que houve essa conversa para resolver, mas não existe um lugar específico**, as supervisoras quando precisam conversar com algum técnico, ou enfermeira ou com um grupo que tem algum problema, elas tem a sala delas, quando é algo mais, de uma resolução mais acima, aí elas me procurar, e aí é aqui, de certa forma existe o espaço (Entrevistado 7).

Outro ponto fundamental para expressão dos sentimentos foi descrito por outros entrevistados, a partir das rodas de diálogo. É um programa que está sendo implementado pelo grupo de Psicologia e já funciona na UTI neonatal, na maternidade, mas ainda precisa ser estendido para outros setores. Outra gestora complementa com os atendimentos de escuta para os funcionários por meio dos serviços de Psiquiatria para os casos graves e Psicólogos, Assistente Social para acompanhamentos dos funcionários que precisam de ajuda.

Aqui a gente tem um grupo, não está implementado em todos, mas a gente **tem feito uma roda de diálogo**, com os funcionários de cada setor, porque os psicólogos estão em cada setor, e assim, tem sido riquíssimo, se você quiser ver eu peço a Meire, até sensibilização de fazer dramatização, **tem uma área de neonatal, de situações extremas, todo mundo termina indo, vai nutricionista, fisioterapeuta, pra trabalhar estas questões de relacionamento, de respeito, se colocar no lugar do outro, esse outro pode ser paciente ou um colega seu, então assim, essa roda de diálogo tem sido uma coisa aberta, onde quem traz o tema são os participantes do grupo, e eles tem amado**, tem sido uma coisa muito boa pra expandir, o tempo é tão corrido, que mesmo que seja meia hora pra conseguir juntar um grupo é difícil,

mas na UTI neo e na UTI pediátrica funciona muito bem, ainda não é feito em todos os setores. Agora eu estou fazendo com as copeiras, porque é uma área muito sacrificada, uma vez que elas ficam de frente, uma coisa que é muito difícil, que é alimentação de doente, falta sal, etc., e o público né, então você pensa de um lado e de outro, então tem sido muito bom (elas têm contato direto com os pacientes?) Quem serve não são elas? São. Cada andar tem, aqui tem a copa, vem tudo porcionado lá de baixo, mas quem passa o cardápio, elas vêm e distribuem, então quem recebe de frente? São elas. E a parte de pediatria, que cada mãe quer que o seu filho seja o primeiro, tem uma que quer uma papa diferente, vitamina, mãe é mãe, a gente sabe, só muda o endereço, e mãe de filho doente, acabou, esqueça, que é bicho, que eu mesma era, ficava uma fera quando fazia alguma coisa com minha filha, não tem como ser diferente não (Entrevistado 6).

Em algumas áreas, não todas. A gente tem hoje um psiquiatra das situações críticas, não acompanhamento, mas para acompanhamento nós temos psicólogos, serviço social. **Temos áreas de conversas nas UTIs, temos alguns programas no setor de psicologia onde cada um fala, não é universal, mas dependendo da área se desenvolve essas ações, na UTI de pediatria tem** (Entrevistado 11).

Essa prática de considerar as dimensões subjetivas, ou seja, de conversarem sobre sentimentos como medo, tristeza, raiva, angústia, entre outros, permite oferecer ao profissional da saúde melhores condições de enfrentar o desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e as dificuldades na realização de seu trabalho. Segundo Brasil (2001), o respeito aos aspectos subjetivos que existem na atividade do profissional constitui uma proteção à sua saúde, permitindo-lhe agir de modo menos defensivo, mais espontâneo e próximo às suas carências e às do usuário. Nesse sentido, humanizar significa considerar essa prática das rodas de diálogo um eficiente instrumento de compreensão e manutenção da saúde do usuário e do profissional diante das exigências de seu trabalho.

5 Conclusões

Este estudo possibilitou analisar como os gestores de um hospital percebem a espiritualidade no ambiente de trabalho (EAT). É um contributo importante para uma área que tem surgido com grande interesse, porém possui pouca pesquisa empírica.

De acordo com o objetivo específico apontar a visão dos gestores sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho a pesquisa concluiu que mesmo que o assunto espiritualidade ainda soe estranho no ambiente organizacional, a humanidade está passando por um processo de desenvolvimento de consciência no qual o sentido de totalidade é destacado e solicitado em seus múltiplos significados. Nesta pesquisa, a subcategoria com maior frequência sobre o entendimento de espiritualidade foi a transcendência. Apesar de muitos dos participantes terem uma vida religiosa, compreendem que espiritualidade não é só manifestada por meio da religiosidade, uma vez que as virtudes são inerentes ao ser humano e podem ser compartilhadas com o próximo, independentemente de vínculo religioso.

A pretensão de definir a espiritualidade não foi o objetivo desta pesquisa, e corroborando com Droogers (2014, p. 112), defini-la “é como comer sopa com um garfo: a gente nunca termina e fica o tempo todo com fome”. Nesse sentido, dois dos construtos pesquisados, espiritualidade e liderança compartilham a dificuldade de não possuir um consenso sobre sua definição, e isso perpetua num nevoeiro conceitual que retarda o andamento da ciência.

Sobre o objetivo específico de descrever as dimensões espirituais presentes na administração do hospital. As dimensões selecionadas para análise foram abordadas e considera-se que os gestores experimentam um sentido de comunidade na equipe a que pertencem, sentem haver alinhamento entre eles e os valores/missão da organização, consideram que realizam trabalho com significado e são úteis à sociedade, sentem alegria no trabalho e entendem que a organização lhes faculta oportunidades para a vida interior. A decisão

de estimular valores espirituais na organização é refletida por toda empresa se for compartilhado pelos seus membros, essencialmente os líderes organizacionais.

Para entender a realidade da gestão neste ambiente da saúde encontramos algumas categorias que possibilitam insights para auxiliar esses administradores a terem novos olhares, desenhando um rosto mais humano que potencializa a prestação de serviços com maior qualidade, num ambiente organizacional melhor. Nossa proposta com foco no gestor partiu do princípio de que não se pode exigir cuidados humanizados, e de qualidade, quando a gestão das pessoas a quem se solicita essa postura não se baseia, também ela, em princípios humanos. Para tanto, no objetivo específico de constatar os efeitos das dimensões espirituais na administração do hospital percebeu-se algumas práticas.

Práticas de unificação de processos encontradas no desenvolvimento de habilidades organizacionais revelam esforços da organização em promover melhorias na qualidade dos serviços, unificando a linguagem entre os setores e a troca de informações entre os gestores e a alta direção. Para o bom desempenho na padronização dos processos, é pertinente existir o sentimento de equipe e foi percebido esse achado na dimensão da EAT. Foi mencionado que essas ações se fizeram mais presentes por meio dos programas avaliatórios, como a Acreditação da Joint Commission International (JCI), a qual o hospital solicita a participação. Contudo, mesmo sendo um procedimento que aparentemente serve somente para entregar um resultado avaliatório, não deixa de ser um investimento da Instituição para melhorias da gestão como um todo, entregando um serviço de melhor qualidade à sociedade.

Um aspecto a ser destacado refere-se à capacidade de ouvir, que foi encontrado em várias ocasiões, nos quesitos sobre gestão humanizada, gestão com respeito e gestão com atenção. Este último refere-se a uma gestão que procura ter uma escuta ativa, ou seja, prestar atenção quando o outro fala para depois intervir. A maioria dos entrevistados identificou como sendo uma característica fundamental para sua função, porém nem sempre consegue colocar na

prática. A predisposição de ouvir os outros, sejam clientes, companheiros de jornada, familiares, revela sinais de humildade e, também de espiritualidade. Aliás, ótimos líderes escutam mais do que falam, estimulam seus subordinados a externarem suas opiniões; fazem perguntas que exigem reflexão. Entendemos que é essencial em uma liderança que exista esse cuidado no ato de ouvir, do valor da linguagem por meio das palavras expressas pelo indivíduo e que precisam ser entendidas, pois sem isto a humanização não está completa.

Os aspectos que estimulam a humanização na saúde foram encontrados na pesquisa e se estabelecem nas relações entre os pacientes, entre os funcionários e com a Instituição. Com o olhar voltado para o paciente, foi identificado chamando-o pelo nome e não pelo diagnóstico de sua doença, a partir dos cuidados com o ambiente, a ter direito a um acompanhante durante o tratamento, ao processo de acolhimento que é ofertado desde a chegada no hospital e ao acesso para UTI especial, em casos em que o paciente está com um prognóstico melhor e pode ficar na presença de seus familiares.

Mesmo verificando que o processo de humanização ainda tem o paciente como foco, a preocupação com os funcionários se fez presente em vários momentos. A citar pelo incentivo da pesquisa na rotina desses profissionais, que provoca reflexões acerca das suas atividades, e um dos objetivos da prática do ensino é estar aberto para o aprendizado e para as críticas. Outro efeito nessa relação gestor-profissional que merece destaque infere sobre a expressão dos sentimentos por meio das práticas das rodas de diálogo. Essa prática de conversarem sobre sentimentos, como medo, tristeza, raiva, angústia, entre outros, permite oferecer ao profissional da saúde melhores condições de enfrentar o desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e as dificuldades na realização de seu trabalho. Considerar esses momentos é um eficiente instrumento de compreensão e manutenção da saúde do usuário e do profissional diante das exigências de seu trabalho.

Uma consequência das dimensões espirituais presentes diz respeito à liderança sobre a gestão com generosidade. O maior propósito dessa liderança é ajudar a sua equipe a se desenvolver, é estar mais preocupado em servir os seus liderados, do que apenas dar ordens. Esse líder percebe que o seu sucesso depende diretamente de sua equipe. Trata-se de um líder espiritualizado, que comunica visão e valores não só por palavras, mas os expressa pelas suas atitudes e educa pelo trabalho.

A espiritualidade no ambiente de trabalho tal como foi proposta é percebida pela maioria dos gestores e, por estar vinculada ao contexto hospitalar, existe uma forte correlação com a prática da humanização na saúde. Contribuir para um entendimento de espiritualidade que foge aos modismos de nosso tempo e enfatizá-la como parte fundamental da humanização do ser humano desperta para necessidade de operar em todos os ambientes somente pelo sistema dos bons valores e de contribuir positivamente, buscando a prática do bem onde caiba intervir.

As organizações que possuem valores espirituais deverão buscar mais estratégias de cooperação do que confrontação. Embora algumas considerações expressas nessa pesquisa possam parecer utópicas, tendo em vista o contexto atual, poderemos pensar que estão em vias de serem viabilizadas. Pois, de acordo com o que foi discutido, a pesquisa demonstrou que o paradigma espiritual pode redirecionar o papel das organizações para fins mais inteligentes e verdadeiramente progressistas.

Uma vez demonstrados o alcance dos objetivos da pesquisa na seção seguinte encontram-se as sugestões para pesquisas futuras.

5.1 Sugestões para estudos futuros

Nesta seção, algumas questões são sugeridas como forma de ampliar o conhecimento sobre a espiritualidade no ambiente de trabalho e as diferentes possibilidades de extensão no espaço organizacional.

- Por ser um tema recente, a conceituação sobre Espiritualidade no Ambiente de Trabalho ainda se encontra em processo de definição, sendo necessária a criação de um consolidado aporte teórico. Sugerem-se estudos voltados para a compreensão desta nova abordagem organizacional, a fim de que sua definição possa alcançar a base na área de Administração e Gestão de Pessoas, proporcionando várias aplicações, sendo uma delas aplicação na qualidade de vida de trabalhadores.
- Importa considerar que o presente estudo abarcou um leque de variáveis dependentes. Estudos vindouros poderão estudar outras variáveis como, por exemplo, a comunicação eficaz, a qualidade de vida, o desempenho organizacional, valores, comportamento organizacional, de forma mais aprofundada e que poderá fornecer subsídios para ferramentas gerenciais.
- Estudar mais detalhadamente as possíveis relações entre as percepções de humanização do ambiente hospitalar, inserindo os funcionários e usuários nesse processo da pesquisa.

Referências

- ANUNCIACÃO, Alan Lira; ZOBOLI, Elma. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Rev Assoc Med Bras**; 54(6): 522-8; 2008.
- ASHMOS, Donde P.; DUCHON, Dennis. **Spirituality at work**. Journal of management inquiry, v. 9, n. 2, p. 134-145, 2000.
- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador**. Revista Esc Enfermagem USP, 40(2):221-7, 2006.
- BARBOSA, Grace Mary Albuquerque Montenegro; QUINTILIANO, Ana Rosa Torres Castanheira; CORREIA, Milka Alves. **Avaliação da qualidade em um hospital no agreste alagoano: o caso do hospital regional Santa Rita**. IV Simpósio Internacional de Administração e Marketing. VI Congresso de Administração da ESPM São Paulo, 14 e 15 de outubro de 2009.
- BARRETO, Tiago Franca. **A prática da espiritualidade no ambiente de trabalho: um estudo de múltiplos casos na Região Metropolitana do Recife**. Dissertação do Mestrado em Administração. Editora Universitária da UFPE, 241 f., 2012, 241 p.
- BARRETO, Tiago Franca; THOMPSON, Ana Carolina Rolim Tucunduva da Fonseca; FEITOSA, Marcos Gilson Gomes. **Mapeamento da produção acadêmica nacional em espiritualidade no ambiente de trabalho: o Brasil em desenvolvimento tardio?** XIII SemeAd, setembro, 2010, 15 p.
- BARROS, Luis Ferri. **As dificuldades científicas do entendimento da espiritualidade**. Revista International d'Humanitats, Barcelona, v. 6, n.4. 2003. Disponível em <<http://www.hottopos.com/rih6/ferri.htm>>. Acesso em: 04 de junho de 2015.
- BATISTA, Eike. **O X da questão**/Eike Batista [colaboração de Roberto D' Avila]; Rio de Janeiro: Sextante, 2011.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- BELL, Emma; TAYLOR, Scott. A exaltação do trabalho: o poder pastoral e a ética do trabalho na Nova Era. **RAE**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 64-78, 2004.
- BENEFIEL, Margaret. The second half of the journey: **Spiritual leadership for organizational transformation**. The Leadership Quarterly, [S. l.], v.16, p. 723–747, 2005.
- BERNARDO, Márcia Hespanhol. Flexibilização do discurso de gestão como estratégia para legitimar o poder empresarial na era do toyotismo: uma discussão a partir da vivência de trabalhadores. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 12, n. 1, pp. 93-109, 2009.

BEZERRA, Maria de Fátima Nóbrega; OLIVEIRA, Lúcia Maria Barbosa. Espiritualidade nas organizações e comprometimento organizacional: estudo de caso com um grupo de líderes de agências do banco do Brasil na cidade de Recife. In: XXXI ENANPAD, **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2007.

BOMFIM, Patrícia Borguignon Prezotti. **Os impactos do acirramento da competitividade na gestão dos hospitais privados na região metropolitana de Vitória**. Dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em 15 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional De Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro, 1944. Reedição de 1965.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República; Casa Civil. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm > Acesso em: 11 de fevereiro de 2016.

CALDEIRA, Sílvia; GOMES, Ana Calapez; FREDERICO, Manuela. **De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho**. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 3 – Mar, p. 25-35, 2011.

CARVALHO, Silvia Margarida Figueiredo Neves. **Ética e espiritualidade: contributos para o exercício competente da liderança e eficácia das organizações educativas**. 246f. Tese (Mestrado em Ciências da Educação) - Universidade da Madeira, Funchal, Portugal, 2011.

CAVANAGH, Gerald. Religion and spirituality in business: obstacles and opportunities. in: Williams, O.F. (ed.), **Business, Religion, and Spirituality: A New Synthesis**, p. 263-278, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 2003.

CAVANAGH, Gerald; HANSON, Bradley; HANSON, Kirk; HINIJOSO, Juan. Toward a spirituality for the contemporary organization: implications for work, family and society, in

Moses L. Pava, Patrick Primeaux (ed.) **Spiritual Intelligence at Work: Meaning, Metaphor, and Morals** (Research in Ethical Issues in Organizations, Volume 5) Emerald Group Publishing Limited, pp.111 – 138, 2004.

CHANLAT, Jean-François. (Coord). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. V.I – São Paulo: Atlas, 2009.

CHOPRA, Deepak. **A alma da liderança**. HSM Management, 33 julho-agosto, 2002.

COMTE-SPONVILLE, André. **O espírito do ateísmo: introdução a uma espiritualidade sem deus**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

COUTINHO, José Pereira. Religião e outros conceitos. **Sociologia**, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXIV, pág. 171-193, 2012.

CRESWELL, JOHN W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

DA SILVA, Pollyanne Lettiere Alves; DA SILVA GAIÃO, Brunno Fernandes. **Liderança na UNIMED Caruaru: Percepção dos líderes acerca do seu papel na organização**. Interfaces de Saberes, v. 14, n. 1, 2015.

DAFT, Richard L. **Organizações: teorias e projetos**. Pioneira Thomson Learning, 2002.

DALAI-LAMA. **Uma ética para o novo milênio**. 7 ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2004.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). **CIES e-WORKING PAPER**, n. 60, 2009.

EMIDIO, Luci de Fátima. **Gestão da qualidade dos processos assistenciais e acreditação hospitalar**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília. p.63. 2009.

FERRY, Luc. **A revolução do amor: por uma espiritualidade laica**. Tradução: Véra Lucia dos Reis, Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

FREITAS, Maria Ester de. Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma? 4.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

FREITAS, Wesley R. S.; JABBOUR, Charbel J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011.

FRY, L. W. Toward a theory of spiritual leadership. **The Leadership Quarterly**, [S. l.], p. 693–727, 2003.

FRY, L. W.; SLOCUM, J. W. (2008). Maximizing the triple bottom line through spiritual leadership. **Organizational Dynamics**, [S. l.], v. 37, n. 1, p. 86-96. Disponível em: <<http://www.tarleton.edu/~fry/SLTOrgDynamicsFINAL.pdf>>. Acesso em: 04 de abril de 2016.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone; PERES, Heloísa Helena Ciqueto; FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):464-6.

GELIS FILHO, Antonio; BLIKSTEIN, Izidoro. Comunicação assertiva e o relacionamento nas empresas. **GVExecutivo**, v. 12, n. 2, p. 28-31, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, p. 184, 2010.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90 Jan./Mar. 1998.

GONÇALVES, Ernesto Lima e colaboradores. **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno, São Paulo: Saraiva, 2006.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 36(3):494-501, 2012.

GUERRIERO, Silas. Até onde vai a religião: um estudo do elemento religioso nos movimentos da Nova Era. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 902-931, jul./set. 2014.

GUIMARÃES, Paulo Ferraz. **Serviço de saúde no Recife**: trajetória recente do polo médico hospitalar. Dissertação para o mestrado profissionalizante em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste, 2004.

HARRISON, Steve. **Liderança**: gestos que constroem grandes culturas. São Paulo, Primavera Editorial, 2015.

HUNTER, James C. **Como se tornar um líder servidor**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

JACCOUD, Mylène, MAYER, Robert. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J., et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 36(3):397-406, 2012.

JURKIEWICZ, Carole L.; GIACALONE, Robert A. A values framework for measuring the impact of workplace spirituality on organizational performance. **Journal of Business Ethics**, v. 49, n. 2, p. 129-142, 2004.

KELLERMAN, Barbara. **O fim da liderança**: como a liderança mudou e de que forma podemos resgatar sua importância. Elsevier Brasil, 2012.

KOLODINSKY, Robert; GIACALONE, Robert; JURKIEWICZ, Carole. Workplace values and outcomes: exploring personal, organizational, and interactive workplace spirituality. **Journal of Business Ethics**. Vol. 81, nº 2, p. 465-480, 2008.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LEAL, Ana Lúcia; RÖHR, Ferdinand; JÚNIOR, José Policarpo. Resiliência e espiritualidade: algumas implicações para a formação humana. **Conjectura: filosofia e educação**, v. 15, n. 1, p. 11-24, 2010.

LEME, Rogério. **Aplicação prática de gestão de pessoas por competências**: mapeamento, treinamento, seleção, avaliação e mensuração de resultados de treinamento. Rio de Janeiro: Editora Qaulitymark, 224 p. 2012.

LEMOS, Vanda Márcia Ferri; ROCHA, Marcius Hollanda Pereira. **A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades**. VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2011.

LOUZADA, Shênia Soraya Soares; STANG, Francynne; CALABREZ, Maristela. Administrar e humanizar no hospital. **Revista FACEVV**, Número 1, 2008.

MANOEL, Ivan Ap. **História, religião e religiosidade**. Revista Brasileira de História das Religiões – Ano I, no. 1 – Dossiê Identidades Religiosas e História. Disponível em <<http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf/03%20Ivan%20Ap.%20Manoel.pdf>>. Acesso em 30 de maio de 2015.

MARTINS, Gisely J. T.; PEREIRA, Maurício F. Contribuições da liderança espiritual para o desempenho organizacional sustentável. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 8, nº 1, p. 87-106, jan./mar. 2009.

MATTOS, Pedro Lincoln C. L. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **RAP**, v. 39, nº 3, p. 823-847, 2005.

MAXWELL, John C. **Liderança: inspiração para cada dia do ano** / John C. Maxwell; tradução Jurandy Bravo. São Paulo: Editora Vida, 2010.

MELLO, Inaiá M. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008.

MELLO, V. P.; MENEZES, J. L. M.; AREIAS, L. Real Hospital Português de Beneficência – 1855-2005. 176p. **Edição Comemorativa do Sesquicentenário do Real Hospital Português de Beneficência**. 2006.

MENEGAT, Jardelino. Gestão e espiritualidade no ambiente de trabalho. **Revista Iberoamericana de Ciencias Empresariales y Economía**. vol. 1. nº 1, 2010.

MENDES, Lindevany Hoffmann de Lima. **A relação entre espiritualidade e dignidade**: um estudo com gestores e não gestores de organizações da região do Nordeste do Brasil.

Dissertação do Mestrado Profissional em Gestão Empresarial. Faculdade Boa Viagem – DeVry Brasil, p. 162, 2012.

MILLIMAN, John, CZAPLEWSKI, Andrew J., FERGUSON, Jeffery. Workplace spirituality and employee work attitude. **Journal of Organizational Change Management**, 16, p. 426-447, 2003.

DE SOUZA-MINAYO, Maria Cecília. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. De Souza-Minayo MC, compilador. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, v. 23, p. 9-29, 1994.

MITROFF, Ian I; DENTON, Elizabeth A. A Study of Spirituality in the Workplace. **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 40, n. 4, p. 83-92, 1999.

MIYAMOTO, Andressa Cristina Caetano; STRUCKEL, Antônio Carlos. Percepção dos pacientes sobre uma clínica oftalmológica de Maringá. **Caderno de Administração** - v.20, n.1, 2012.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabela F. Gouveia. **Teoria Geral da Administração**. 3ª ed. Editora Thomson Learning Edições, 2006.

MURAD, Afonso. **Gestão e espiritualidade: uma porta entreaberta**. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2007.

O'DONNELL, Ken. **Endoquality: as dimensões emocionais e espirituais do ser humano nas organizações**. Pituba/BA: Casa da Qualidade, 1997.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIVA JR., Fernando Gomes; LEÃO, André Luiz Maranhão de Souza; MELLO, Sérgio Carvalho Benício. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em Administração. I Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. **Anais...** Recife, 2007.

PAULINO, Raíssa Dália; VASCONCELOS, Cláudio Rui Portela de; ALVES, Wellington. Correlatos da Espiritualidade no Trabalho: valores humanos, comprometimento organizacional afetivo e desempenho. **Revista Qualitas**, v. 12, n. 2, 2011.

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA DE PERNAMBUCO. **Institucional**. Disponível em <<http://rhp.com.br/site/institucional.php?id=170>>. Acesso em: 12 junho 2015.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A Humanização Na Saúde Como Instância Libertadora. **Saúde e Sociedade** V.13, N.3, P.36-43, Set-Dez, 2004.

REIS, Camila Calhau Andrade; DA SILVA SENA, Edite Lago; FERNANDES, Marcos Henrique. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa

Humanization care in intensive care units: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4212-4222, 2016.

REGO, Armênio; CUNHA, Miguel Pinha; SOUTO, Solange. Espiritualidade nas organizações e empenhamento organizacional: um estudo empírico. **Área Científica de Gestão**, [S.l.], n.6, p.4-5, 2005.

_____. Spirituality at organizations and organizational commitment. **RAE eletrônica**, v. 6, n. 2, 2007.

ROBERTO, Gilson Luís. **Os médicos deveriam orar mais pelos seus pacientes e antes de qualquer procedimento técnico!** Disponível em: http://www.amebrasil.org.br/html/outras_orar.htm. Acesso em: 02 de junho de 2015.

RÖHR, Ferdinand. Espiritualidade e formação humana. UNISUL, Tubarão, Número ESPECIAL: **Biopolítica, Educação e Filosofia**, p. 53 - 68, 2011.

_____. A espiritualidade e educação. In: ROHR, F. (org) **Diálogos em educação e espiritualidade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2ª ed., 2012.

ROSA, Eduardo. **Liderança e Espiritualidade**. Disponível em: <http://www.homensdecoragem.org.br/2013/09/lideranca-e-espiritualidade-por-eduardo-rosa/>. Acesso em: 25 de maio de 2015.

RUTHES, Vanessa Roberta Massambani. A relação entre espiritualidade e saúde: um novo paradigma. **Saberes em Ação**, Ano 02, N° 03, Jan/Jun, 2014.

SANTOS, José Luis Guedes dos et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 37, n. 1 (mar. 2016), p. e50178, 2016.

SENHORAS, Elói Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun., 2007.

SILVA, Atila Mendes; CASTILHO SÁ, Marilene; MIRANDA, Lilian. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.3, p.840-852, 2013.

SILVA, Rogério Rodrigues; SIQUEIRA, Deis. Espiritualidade, religião e trabalho no contexto organizacional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 557-564, jul./set. 2009.

SINDHOSPE. **Sindicato dos Hospitais de Pernambuco**. Disponível em: <http://sindhospe.org.br/2014/12/03/polo-medico-de-pernambuco-e-referencia-para-a-regiao-nordeste/>. Acesso em: 14 de maio de 2015.

SINGER, Peter. **Como havemos de viver?** A ética numa época de individualismo. Lisboa: Dinalivro, 2006.

SCHEIN, Edgar H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

SHEEP, Mathew. L. Nurturing the Whole Person: The Ethics of Workplace Spirituality in a Society of Organizations, **Journal of Business Ethics**, Vol.66, nº4, p.357-375, 2006.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do sistema único de saúde**. 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

UGA, Maria Alice Domingues; LOPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Revista Ciência e Saúde coletiva**, vol. 12, n. 4, p. 915-28, 2007.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. **Espiritualidade no ambiente de trabalho**: dimensões, reflexões e desafios. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. The Spiritually-Based Organization: A Theoretical Review and its Potential Role in the Third Millennium. **Cad. EBAPE.BR**, v. 13, nº 1, paper 10, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2015.

VELLOSO, Gilberto. **Espiritualidade nas empresas**. Disponível em <<http://www.rhportal.com.br/recursos-humanos/Espiritualidade-Nas-Empresas-.htm>>. Acesso em: 05 de junho de 2015.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil-2**. AMGH Editora, 2014.

ZACCARO, Stephen J.; HORN, Zachary N. J. Leadership theory and practice: fostering an effective symbiosis. **The Leadership Quarterly**, [S. l.], v. 14, p. 769–806, 2003.

ZOBOLI, Elma L. C. P.; FRACOLLI, Lislaine. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **Mundo Saúde**, v. 30, n. 2, p. 312-7, 2006.

Apêndice A – Entrevista Semiestruturada

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
	O que você entende por espiritualidade?
	Qual a relação você acha que existe entre espiritualidade e trabalho? Onde existe? Como?
	Qual você considera ser a principal razão para adoção de espiritualidade no ambiente de trabalho?
	Os membros da sua equipe se preocupam uns com os outros?
	Você percebe que existe apoio mútuo entre as pessoas com as quais trabalha?
	Você se preocupa em ser útil à sociedade?
	O seu trabalho gera benefício para sociedade? O seu trabalho tem um sentido?
	Você sente prazer ao realizar o seu trabalho?
	Existe algum espaço/tempo destinado a prática de ações voluntárias?
	Como é gerir grande quantidade de profissionais com relações distintas?
	Existem práticas na gestão que promovem o desenvolvimento de habilidades técnicas, organizacionais e humanas. Você poderia falar um pouco dessa prática na sua gestão?
	Com quais práticas sua organização demonstra respeito aos funcionários?
	Nas ações de gestão, existe generosidade?
	Em sua gestão, ao falar com as pessoas, você demonstra cuidado, olha nos olhos, espera falar para depois intervir?
	Em sua gestão, os valores humanos (compaixão, perdão, humildade, fraternidade, respeito, etc) estão integrados à sua vida profissional?
	Você sente que existe respeito aos pacientes? Em que momento?
	Existe o sentimento de solidariedade entre você e sua equipe?
	Existe a preocupação com você se sentir bem quanto ao futuro na empresa?
	Sua empresa disponibiliza um espaço para grupos de leitura de livros "meditativos"?
	A sua empresa respeita sua vida "interior"?
	Sua organização realiza ações para desenvolver a autonomia dos seus empregados, dentro do seu ambiente de trabalho? Quais?
	Existe um espaço onde se possa conversar/expor os sentimentos relacionados ao trabalho?
	O que você entende por gestão humanizada?
	Na sua gestão existe a preocupação em estimular a humanização na saúde? Quais?
	Quais são os princípios essenciais da organização? Missão, visão e valores? Poderia falar quais?
	O que você entende por humanizar o atendimento ao paciente?

Anexo A – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Larissa Momm Machado Maranhão, a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado de "ESPIRITUALIDADE NO AMBIENTE DE TRABALHO: UM ESTUDO DE CASO NO REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO.", que está sob a orientação da Profª Dr. Marcos Gilson Gomes. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 28 de Março de 2016

Dra. Maria do Carmo Lencastre
Diretora Médica/Técnica - RHP

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE
Av. Agamenon Magalhães, Nº 4760 Paissandu - Recife / PE
CEP:52.010.902 CGC: 10.892.164/0001-24 Fone: (81) 3416-1122