



## **As Emoções Em Uma Almejada Cultura Organizacional Humanizada No Sus<sup>1</sup>**

Dealessandro David Lima de Melo<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no Grupo de Trabalho (GT) Comunicação, Ética e Alteridade em Processos Relacionais de Subjetivação e Conflitos no Ambiente Organizacional, atividade integrante do XIV Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas.

<sup>2</sup> Mestre em Comunicação, Especialista em Gestão da Saúde Pública, limademelonatal@hotmail.com

## **Resumo**

O estudo sobre "as emoções em uma almejada cultura organizacional humanizada no SUS" teve por objetivo compreender as emoções individuais e coletivas e sua influência nas relações interpessoais no contexto de uma almejada cultura organizacional humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Mediante pesquisa bibliográfica, tem-se como suporte teórico a compreensão de Didi-Huberman e de Max Pagès sobre a essência da formação das emoções, bem como a interpretação da legislação e de algumas normas vigentes na expectativa de um almejado SUS humanizado para, em seguida, ressaltar a manifestação da cultura na dimensão emocional na ótica de Margarida Kunsch, destacando a cultura organizacional na perspectiva de Margareth Morgan. Em síntese, o texto acompanha a relação entre emoção e humanização na formação e evolução de uma cultura organizacional, tão necessários no dia a dia da gestão da saúde pública e indispensáveis em tempos de crise como guerras, pandemias, etc. Por fim, reflete de maneira conclusiva sobre a cultura organizacional do SUS e sua eventual influência na esperada harmonia entre humanização e adequação das emoções por parte dos profissionais da saúde no trato com os usuários do sistema.

Palavras-chave: Emoção, cultura organizacional, saúde pública, humanização.

## **Introdução**

O Brasil como um todo sofre à décadas com um caos considerável na assistência à saúde, atingindo principalmente a rede pública, mas não deixando, também, de impactar negativamente a rede privada. A comunicação dos integrantes de um nosocômio com o usuário, normalmente aflito com sua doença ou de um ente querido, tende a ser conflituosa, com reflexos negativos à cultura organizacional da saúde pública brasileira dentro do contexto da humanização.

Considerando que a utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde e que um dos principais problemas para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estados de saúde do indivíduo e da coletividade (MURRAY, 2001).

A Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) Brasileira (SZWARCOWALD et al., 2003) chegou a assertiva de que os níveis de satisfação em relação aos aspectos associados à relação interpessoal do atendimento foram elevados, o que corrobora com os resultados encontrados em um estudo realizado no Sri-Lanka (SENARATH et al., 2006), onde os autores constataram que o nível de satisfação com o atendimento era elevado em alguns hospitais e estava diretamente relacionado à satisfação com o atendimento médico. Diante do exposto, permanece a seguinte indagação: o uso inteligente das emoções pode ser utilizada como parte intrínseca da cultura organizacional na saúde pública como forma de superação parcial das enormes deficiências estruturais encontradas na organização?.

Os resultados dessa pesquisa corroboram, ainda, com os encontrados na pesquisa do CONASS (BRASIL, 2003) onde o “bom atendimento” prestado por profissionais de saúde foi o fator citado como razão principal de satisfação daqueles que se declaram satisfeitos em alguns hospitais (GOUVEIA, 2009), demonstrando, assim, a importância da comunicação amparada em bases sólidas de controle emocional ante as deficiências de toda ordem em pessoal e material que causam elevados níveis de stress na assistência à saúde para a população brasileira.

Segundo Lemme et al. (1991), é na comunicação entre os médicos e os pacientes que reside um dos mais importantes aspectos da satisfação, pois para estes autores, o estilo da comunicação predomina sobre a qualidade técnica no transcorrer da consulta. O médico que mostra interesse, amizade, desejo de ajudar, simpatia, humor e calor humano (emoções), consegue melhores respostas nos tratamentos e maior grau de satisfação por parte de seus pacientes. E é exatamente essa comunicação aprimorada e humanizada que passam a se tornar

baluartes em gestões de crises na saúde, destacando-se aquelas de grande envergadura como guerras, pandemias, colapsos no sistema, etc.

STEFANELLI (2005a) ressalta que a competência do profissional de saúde em utilizar o conhecimento de técnicas de comunicação ajuda o outro a descobrir sua capacidade e potencial para solucionar conflitos. Estes são advindos de uma forte carga emocional oriunda da mistura entre demanda reprimida e falta de meios para supri-la.

Souza e Padilha (2002) entendem que as percepções de sinais corporais e da linguagem falada representam a possibilidade de ir além da execução de procedimentos técnicos, que fragmentam e reduzem o paciente a um receptáculo de ações. A humanização dos procedimentos profissionais outorga, dessa forma, que os sentimentos, as emoções e a biografia individual favoreçam o entendimento de todo o complexo representado por este indivíduo.

Os estudiosos da Escola de Palo Alto “percebem o relacionamento enquanto envolvimento da interação humana que integra a comunicação interpessoal” (VAZ-FREIXO, 2006).

Uma cultura organizacional que almeje a humanização como premissa na assistência à saúde perpassa, necessariamente, pelo estabelecimento de vínculo na comunicação com o usuário, o que somente é possível por meio da percepção de como as emoções repercutem nos relacionamentos interpessoais.

### **A humanização no SUS**

Configurado por grandes desigualdades sociais em um território continental, o País caracteriza-se por uma mescla de acentuadas disparidades, adotando um padrão hospitalocêntrico paradigmático já fracassado em diversos Estados, o que também não atende as expectativas da população brasileira.

O desafio de atingir a meta de “saúde para todos, proposta pela organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), coloca o governo na berlinda ao forçá-lo a não apenas criar e manter políticas de desenvolvimento para a saúde, mas também a assegurar práticas que as sustentem. Oferecer qualidade em saúde nessas proporções é tarefa complexa e penosa, se considerarmos que a estrutura do Serviço Único de Saúde (SUS) não dá conta de um quadro de doenças de amplo espectro, condicionadas e agravadas pelas alarmantes diferenças sociais e econômicas das regiões e as quais não se consegue diminuir. Do outro lado, e por consequência, a desintegração das unidades de saúde implica sobre oferta de serviços em alguns locais, enquanto outros permanecem em total desassistência (CARVALHO et al., 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 202 milhões de brasileiros.

Rodrigues e Rios (2017) esclarecem que na área da saúde o termo humanização, para os que têm pouca familiaridade com ele, frequentemente é percebido como uma crítica, apresentando-se como barreira, controle, levando a vários comportamentos de defesa expressos, por exemplo, em manifestações tais como: “Humanização para quê, não somos humanos?” Ou: “Somos desumanos, tratamos mal as pessoas?” Ou, ainda,: “Já estão inventando moda.” Por outro lado, há os que associam a humanização a atitude solidária, bondade, caridade, organização de festas, atividades lúdicas e entretenimento. Assim, o ponto de partida para compreender como a humanização se representa na instituição é realizar um diagnóstico situacional no que se refere à humanização. Em um segundo momento, caso a instituição objetive desenvolver a humanização como política institucional, deverá apresentá-la e implementá-la mediante modelo de gestão institucional (RIOS E BATTISTELLA, p.4-8, 2013). Pulverizar as áreas com debates sobre conceitos, princípios, técnicas, dispositivos e a metodologia recomendada pelas políticas de humanização nacional é uma importante tarefa para ressaltar propósitos da humanização, tais como: aprimorar a qualidade no trabalho em saúde, na segurança do paciente, no relacionamento entre os atores institucionais, como também na rede de atenção à saúde como um todo.

A política de humanização se refere a movimentos, conceitos e ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento sujeito a várias interpretações (RIOS E BATTISTELLA, p.2, 2013).

A humanização nasceu como política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), em resposta aos reclames da sociedade. Várias iniciativas com os acordes da humanização surgiram, como por exemplo a luta antimanicomial e os movimentos feministas pela humanização do parto e nascimento (RIOS, 2009).

Em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) abordou o tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, trazendo pela primeira vez o assunto para discussão nacional. No mesmo ano (2000) o Ministério da Saúde, sensível às manifestações setoriais e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas da saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse

programa estimulava a disseminação das ideias da humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com as realidades locais. O programa propôs atuação de forma transversal, subjetiva e de caráter processual. Estabeleceu como metas fundamentais aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários e entre os próprios profissionais (BRASIL, 2001).

Deslandes (p. 35, 2006) afirma que “a humanização deve ser praticada nos serviços de saúde, com profissionais e usuários, de forma dialógica, em busca de uma construção de novos caminhos capazes de propiciar um novo paradigma de gestão da saúde pública”.

A humanização no ambiente organizacional ou institucional “é o conjunto de processos que visa transformar a cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as práticas de saúde e gestão dos serviços baseados na busca de soluções compartilhadas por todos os envolvidos em tais ações” (RIOS E BATTISTELLA, p.3, 2013).

Campos (2005) ressalta que a humanização depende de mudança das pessoas, dando ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade da ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

Assim,

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

A partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o País. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da Política Nacional de Humanização, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos. (BRASIL, p. 3-4, 2013).

### **As emoções no cotidiano de uma organização pública de saúde**

O cotidiano em uma organização pública de saúde é altamente propício ao stress tanto na comunicação interna entre profissionais e equipes quanto na interação com o usuário, haja vista a baixa oferta de serviços oferecidos na assistência à saúde da população brasileira e a carência de estrutura, pessoal e material.

Conforme Carvalho (2012) na área de saúde, especialmente a pública, em que os servidores públicos estão protegidos pela estabilidade empregatícia, a comunicação interpessoal carece de empatia entre os funcionários e os pacientes e seus acompanhantes. Para Lee (2009), os hospitais deveriam se preocupar em oferecer mais cortesia aos pacientes do que demonstrar eficiência. Esta pode ser obtida com melhores maquinários e investimentos em pesquisa, mas a cortesia só pode ser oferecida por outro ser humano. Dentro de um hospital, observamos que os conflitos interpessoais muitas vezes surgem de atitudes e reações inesperadas ou mal compreendidas, o que realça a importância do conhecimento sobre as emoções. Esses conflitos interpessoais são observados em toda área do hospital, em que os funcionários dos diversos setores se desentendem com os pacientes e seus acompanhantes, motivados por cansaço, estresse, deficiência de equipamentos e materiais, salários baixos, falta de pessoal, dupla jornada de trabalho e outros problemas intrínsecos à área da saúde pública; e cabe à sociedade, na figura do governo, fiscalizar e melhorar os processos. As dificuldades de se comunicar em uma organização é uma constante. Maria Alzira Pimenta (p.27, 2002) observa que “os laços afetivos entre as pessoas são mais tênues ou inexitem”, dificultando a desejada empatia entre pacientes e profissionais da saúde.

Segundo Silva (2002), os profissionais das equipes médicas e de enfermagem, diretamente envolvidas no tratamento do paciente, internado ou não, e seus familiares, esquecem-se de que aquele paciente é antes de tudo, um ser humano. Este, muitas vezes, antes das manifestações de suas patologias e suas decorrências físicas e psicológicas, tinha autonomia sobre suas atividades cotidianas e as perdeu a partir do momento em que está internado e sob os cuidados daquelas equipes.

A situação acima descrita configura uma relação de poder entre o profissional da saúde e o paciente, onde o primeiro possui ascendência sobre o último.

É apropriado ratificarmos que a grade curricular inerente à formação acadêmica de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem no Brasil apresenta, de forma geral, apenas uma disciplina voltada para o entendimento da comunicação com o paciente, mesmo assim com ementas rasas e superficiais (CARVALHO, 2012). Essa abordagem superficial também contribui para um menor entendimento e compreensão acerca dos significados das emoções nos processo comunicacionais.

### **As emoções na visão de Didi-Huberman**

Segundo Didi-Huberman (2016), Kant disse que emoção é apenas um “defeito da razão”, uma “impossibilidade” de refletir e, até mesmo, uma “doença da alma”: não somente as grandes tristezas como também a alegria exuberante”, dizia ele, são “emoções que

ameaçam a própria vida”. Henri Bergson considera as emoções como gestos ativos – à maneira dos gestos de paixão que encontramos na mesma época em Rodin, gestos que, aliás, reafirmam muito bem o próprio sentido da palavra: uma emoção não seria uma e-moção, quer dizer, uma moção, um movimento que consiste em nos pôr para fora de nós mesmos? Mas se emoção é um movimento, ela é, portanto, uma ação: algo como um gesto ao mesmo tempo exterior e interior, pois, quando a emoção nos atravessa, nossa alma se move, treme, agita, e o nosso corpo faz uma série de coisas que nem sequer imaginamos. Desde então, outros filósofos quiseram se dedicar a descrever o gesto da emoção. Por exemplo, Jean-Paul Sartre dirá que, ao contrário de nos afastar do mundo, “a emoção é uma maneira de perceber o mundo”. Mais tarde, Maurice Merleau-Ponty dirá que o evento afetivo da emoção é uma abertura efetiva – uma abertura: o contrário de um impasse, portanto -, um tipo de conhecimento sensível e de transformação ativa de nosso mundo. Freud, por sua vez, ao inventar a psicanálise – ao descobrir os poderes do inconsciente -, descobriu algo muito estranho, muito perturbador e muito importante: acontece com frequência que uma emoção nos tome, nos toque, sem que saibamos por que, nem exatamente o que ela é: sem que possamos representá-la para nós. Ela age sobre mim mas, ao mesmo tempo, está além de mim. Ela está em mim, mas fora de mim.

A emoção não condiz com a imagem que fazemos de determinada situação. Freud diz que há aqui uma disjunção entre o afeto e a representação. E é por isso que às vezes somos atingidos por certas emoções sem que saibamos reconhecê-las ou sem que possamos entender seus motivos, ainda que estejamos profundamente tomados por elas (DIDI-HUBERMAN, 2016).

Destarte,

Em que ponto estamos? Acabamos de estabelecer que a emoção é “um movimento para fora de si”: ao mesmo tempo “em mim”(mas sendo algo tão profundo que foge à razão) e “fora de mim”(sendo algo que me atravessa completamente para, depois, se perder de novo). É um movimento afetivo que nos “possui”, mas que nós não “possuímos” por inteiro, uma vez que ele é em grande parte desconhecido para nós. O que estou dizendo aqui é o resultado de uma descrição psicológica ou, como costumamos dizer, fenomenológica.

A emoção não diz “eu”: primeiro porque, em mim, o inconsciente é bem maior, bem mais profundo e mais transversal do que o meu pobre e pequeno “eu”. Depois porque, ao meu redor, a sociedade, a comunidade dos homens, também é muito maior, mais profunda e mais transversal do que cada pequeno “eu” individual. Eu disse anteriormente que quem se emociona também se expõe.

Isso significa que as emoções passam por gestos que fazemos sem nos dar conta de que vêm de muito longe no tempo. Esses gestos são fósseis em movimento. Eles têm uma história muito longa – e muito inconsciente. Eles



sobrevivem em nós, ainda que sejamos incapazes de observá-los em nós mesmo (DIDI-HUBERMAN, p. 28-32, 2016).

As emoções, dessa forma, não surgem de um momento único, possuem raízes que permanecem no tempo e em um determinado momento são catalisadas e propiciam a perda do controle emocional. Em um ambiente hospitalar da rede pública encontramos diversos ingredientes formadores dessa “história” dos gestos despercebidos que Didi-Huberman nos relatou, ou seja, uma junção de baixos salários com deficiência em pessoal e material, com infraestrutura precária e com demanda reprimida tornam-se itens que contribuem para a formação de um cenário emocional tenso pela qual acomete os profissionais da saúde.

### **A manifestação da cultura na dimensão emocional na ótica de Kunsch**

A cultura organizacional é constituída de todos os valores, crenças e hábitos, perfazendo a identidade da empresa ou da instituição. Não é tão somente o monetário que motiva as pessoas no trabalho, frequentemente observa-se que uma cultura organizacional positiva é mais importante, haja vista a inerente facilidade em produzir e manter-se motivado estando em um ambiente de trabalho conectado com seus valores pessoais. Isso, por si só, contribui consideravelmente para a gestão da saúde pública atingir seus objetivos.

Kunsch (2009) ressalta que a cultura se manifesta, na dimensão, por meio de hábitos, usos, costumes e crenças relacionados:

#### a) à autoestima

A consideração e o respeito por si mesmo (autoestima) é um traço emocional influenciável pela cultura. A autoestima individual é influenciada culturalmente também com relação ao espelho que o indivíduo teve, em seu meio social, desde a família até a sociedade da qual procede, refletindo sua própria figura (imagem, presença, atuação), o que implica em uma possível dificuldade de uma organização em envolver indivíduos que desconsideram seu próprio valor com suas responsabilidades, com cargos de liderança e com a expressão de suas contribuições. Uma vez que me considero de pouco valor, minha contribuição também o será, haja vista que não há utilidade em me esforçar para realizar algo benfeito se sei que de antemão não vou conseguir.

#### b) às emoções

O nível da emoção está atrelado com a disposição de ânimo que conduz ao movimento e a ação definitiva no nível físico. Identificado com a consciência desse nível, o empregado tenderá a envolver-se emocionalmente com seu trabalho, reduzindo seu grau de automatismo. Uma nova carga de energia será dispensada às tarefas, quando, pelo aparecimento das

emoções ligadas ao trabalho, também surgirá o prazer da tarefa bem realizada, do desafio bem sucedido.

Assim,

Uma organização que pretende gerar grande troca de informações entre seus colaboradores, em todos os níveis, para apropriação do conhecimento elaborado individualmente, deverá prestar ao bom desenvolvimento do nível emocional de suas equipes. Isso eliminará várias barreiras mais comuns à comunicação nas organizações, como a desconfiança e a insegurança no convívio com os pares e os superiores. Subordinados que desconfiam dos superiores podem não entender ou bloquear uma mensagem que vem deles. Promessas não cumpridas e falta de consistência entre as mensagens distribuídas aos públicos externos e internos podem causar essa desconfiança (KUNSCH, p. 258, 2009).

Cherniss et al. (1998) estabelecem um mapa de competências emocionais para os integrantes de organizações de trabalho. Entre essas habilidades, encontramos a consciência de si mesmo (consciência emocional, valorização adequada de si mesmo, confiança de si mesmo); a autorregulação (autocontrole, confiabilidade, responsabilidade, adaptação, inovação); a capacidade de automotivação (motivação de vencer, compromisso, iniciativa e otimismo).

No que diz respeito à comunicação, o bom desenvolvimento desse nível proporciona uma maior facilidade para os indivíduos estabelecerem contatos, liberados de medos compulsivos e imaginários, de inseguranças, de invejas obsessivas (VRIES, 1993) e de tantas outras emoções mal conduzidas, que impedem a emergência de um bom nível de relacionamento interpessoal nas organizações, trazendo reflexos para a cultura organizacional.

### **A cultura organizacional do SUS**

Segundo Scroferneker (ORG. MARCHIORI, 2010), a cultura organizacional revela e desvela o universo organizacional, que é constituinte/constituído por diálogos visíveis e invisíveis. Refletir sobre essa cultura é dar-se conta do emaranhado de incertezas que envolvem as suas diferentes abordagens e concepções. É perceber (e admitir) que, independentemente da vertente paradigmática, há a tentativa expressa de “lugarizar” os indivíduos, fomentar e desenvolver o sentimento de pertencimento. Esses lugares, os não-lugares e os entre lugares são demarcados e remarcados em movimentos constantes, (re)dimensionando e (re)significando as noções de espaço e tempo. O espaço passa a ser território, o domínio, a propriedade.

Assim,

Na organização a cultura impregna todas as práticas e constitui um conjunto preciso de representações mentais, um complexo muito definido de saberes (SROUR, p. 175, 1998).

Para Marchiori (2009, p. 304), “é preciso haver construção de significado-comunicação para que haja cultura organizacional”, ou seja, faz-se necessário uma sinergia construída entre cultura e comunicação para, dessa forma, serem entendidas e aceitas em suas características específicas.

A construção de uma cultura organizacional pressupõe uma sólida base de eficientes processos comunicacionais, o que por sua vez perpassa pela adequada compreensão e pelo controle das emoções nas relações interpessoais, formando um circuito autorreferente.

Conforme Morgan (2002), a máquina burocrática e a forma departamentalizada tendem a ser ineficazes, exceto sob condições nas quais as tarefas e o ambiente sejam simples e estáveis. Os seus sistemas altamente centralizados de controle tendem a tornar tais empresas lentas e ineficazes quando lidam com circunstâncias em mudança. A burocracia profissional<sup>3</sup> modifica os princípios do controle centralizado para permitir maior autonomia ao pessoal, sendo apropriada para lidar com condições relativamente estáveis em que as tarefas sejam relativamente complicadas. Essa é a estrutura adequada para universidades, **hospitais** e outras organizações profissionais em que as pessoas com habilidades e capacidades-chave necessitam de grande quantidade de autonomia e liberdade de escolha para serem eficazes no seu trabalho. A estrutura da burocracia profissional tende a ser tipicamente achatada, sendo que as hierarquias verticalizadas são substituídas por um sistema descentralizado de autoridade. A padronização e a integração são conseguidas através do treinamento profissional, e a aceitação de normas operacionais-chaves, por outro lado, através de formas diretas de controle.

O Ministério da Saúde define em seu sítio apenas sua missão como “promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania”, entretanto o que chamou a atenção foi a inexistência de missão, valores e visão de futuro para o SUS na esfera federal, haja vista que o respectivo SUS de cada unidade da Federação estabelece esse marco da cultura organizacional mesmo sem um balizamento do topo da pirâmide da saúde pública brasileira.

Em Brasil (2015) são estabelecidos alguns princípios da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, ressaltando a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS),

---

<sup>3</sup> Mintzberg (2003) afirma que a Burocracia Profissional dispõe de uma padronização das habilidades, bem como seu núcleo operacional é a maior referência. Possui a descentralização vertical horizontal e seus fatores situacionais são: ambiente complexo e estável; e sistema técnico não regulado e não sofisticado.

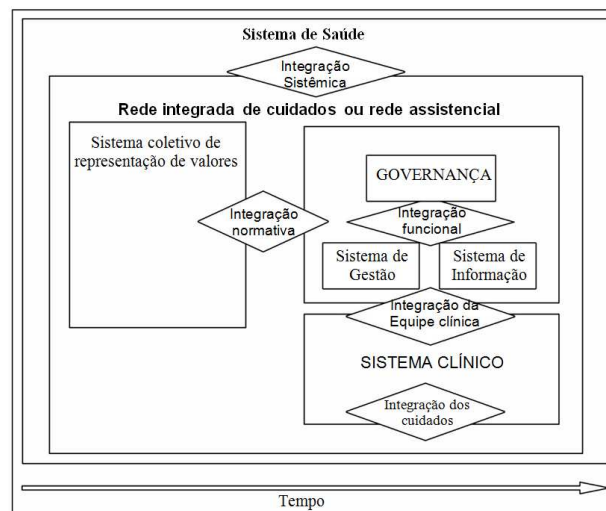
anuindo a integração em seu significado prático da inevitável necessidade de se desenvolverem mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos.

Os termos “colaboração” / ”cooperação” surgem inicialmente como entreposto obrigatório – e enigmático – neste capítulo; e não seria equivocado acusar o aceite do componente político como parte orgânica da administração (BRASIL, 2015).

De acordo com BRASIL (2015 apud HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004), são três as principais dimensões a serem integralizadas – e, portanto, avaliadas: o sistema clínico; a governança; e as representações e valores coletivos. Têm-se assim:

1. integração dos cuidados clínicos: “coordenação durável da prática clínica”;
2. integração das equipes clínicas/médicas: multidisciplinaridade e inserção estrutural na rede de cuidados (para efeitos práticos,  $1 + 2 =$  “integração clínica”);
3. integração funcional: estratégias de gestão, financiamento e informação (agilidade nas tomadas de decisão, compartilhamento de responsabilidades);
4. integração normativa: coerência entre sistemas de representação e valores dos atores;
5. integração sistêmica: coerência das diferentes modalidades de integração em todos os níveis de atuação.

A figura abaixo expõe graficamente esses conceitos.



Fonte: BRASIL (2015 apud HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Na visão do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), a cultura organizacional do SUS no espectro federal deve estar alicerçada na colaboração e na integração de toda a rede pública de saúde.

## **Considerações finais**

A incômoda junção visualizada na saúde pública brasileira entre precárias condições de trabalho, oriunda da inadequada disponibilidade de meios em pessoal e material, e demanda reprimida impõe um quadro altamente propício ao absenteísmo do profissional da saúde e ao stress, contribuindo para descontrole emocional individual e coletivo, o que pode influenciar a cultura organizacional de uma unidade de saúde que, segundo preconizado, deve trabalhar em rede com as demais unidades.

Tal situação por si só induz a uma problemática rotineira difícil de se gerir na saúde pública brasileira, agravada, e muito, por qualquer grande desafio imposto de forma imprevisível como guerras, pandemias, colapsos no sistema, etc.

É no mínimo preocupante que, mesmo diante da notória desordem na saúde pública observada diariamente por intermédio dos veículos de comunicação, não exista uma tentativa de padronização mínima e hierarquizada do que um Ministério da Saúde espera de cultura organizacional para o seu Sistema Único de Saúde, apenas ocorrem citações a integração, colaboração e cooperação.

Tal fato pode, de forma indireta, influenciar negativamente na esperada harmonia entre humanização e adequação das emoções por parte dos profissionais da saúde no trato com os usuários do sistema, haja vista a inexistência de valores almejados e intrínsecos ao tema, já que não se pode existir humanização sem o claro valor da misericórdia, do respeito ao ser humano, etc.

Apesar de estabelecer como prioridade o trabalho em rede, o próprio documento de Implantação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, p. 100, 2014) no âmbito do SUS cita como o primeiro entre vários desafios a “criação de cultura e de práticas de trabalho em rede”, ou seja, a própria criação e manutenção de uma cultura organizacional humanizada está no cerne como lacuna de um sistema de saúde que não atende de maneira satisfatória as necessidades de parcela da sociedade brasileira.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasil, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**. Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Brasília, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2014.

CAMPOS, Gastão. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v. 19, Nr 17, 2005.

CHERNISS, Cary et al. *The consortium for research on emotional intelligence in organizations*. Technical report. Piscataway, 2008.

CARVALHO, Denise, FREIRE, Maria, VILAR, Guilherme. **Comunicação e Saúde: humanização, significado e ação comunicativa**. *Organicom*, ano 9, Nr 16/17. 2012.

CARVALHO, Simone. **Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira**. *Organicom*, ano 9, Nr 16/17. 2012.

DESLANDES, Suely (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Que emoção! Que emoção?**. São Paulo: Editora 34, 2016.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

GOUVEIA, GISELLE CAMPOZANA. **Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Sistema de Saúde Brasileiro**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

KUNSCH, Margarida (Org.). **Comunicação organizacional: Linguagem, gestão e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2009, v. 2.

LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital: 9 ½ coisas que você mudaria**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

LEMME, A.C., NORONHA, G., RESENDE, J.B. **A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1991.

MARCHIORI, M. **As interconexões entre cultura organizacional e comunicação**. In: KUNSCH, M. (org.) **Comunicação organizacional: linguagem, gestão e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2009, v.2.

MARCHIORI, Marlene (org.). **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. São Caetano do Sul, SP 2010.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MURRAY, C. J. L., KAWABATA, K., VALENTINE, N. **People's Experience Versus People's Expectations. Satisfaction measures are profoundly influenced by expectations, say these WHO researchers.** *Health affairs*. 2001.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização.** São Paulo: Atlas, 2002.

PIMENTA, Maria. **Comunicação empresarial: conceitos e técnicas para administradores.** 3. ed. Campinas, SP: Alínea, 2002.

RIOS, Izabel. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Aurea, 2009.

RIOS, Izabel, BATISTELLA, Linamara. **Gestão da humanização das práticas de saúde: o Hospital das clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** *Saúde e Sociedade* [on-line]. São Paulo, 2013.

RODRIGUES, Maria, RIOS, Izabel. **Considerações sobre gestão da humanização hospitalar: o caso do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.** *Organicom*, ano 14, Nr 26. 2017.

SENARATH, U., FERNANDO, D. N., RODRIGO, I. **Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka - *Tropical Medicine and International Health*.** 2006.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVAL, F.. **Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003.** *Cad. Saúde Pública* v.21 supl.1. Rio de Janeiro, 2005.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Introdução à comunicação terapêutica.** In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de (orgs). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Baurueri (SP), 2005a.

SILVA, Maria. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 8. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SROUR, Robert. **Poder, cultura e ética nas organizações.** 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.  
SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de; PADILHA, Maria Itayra Coelho Souza. **A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2002.

VAZ-FREIXO, Manuel João Vaz. **Teorias e Modelos de Comunicação.** Lisboa: Instituto Piaget, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde [on-line]. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2013. VRIES, M.K. **A inveja, a grande esquecida dos fatores de motivação em gestão.** In: CHANLAT, J.F. (Org.) **O Indivíduo nas organizações – dimensões esquecidas.** 2. ed São Paulo: Atlas, 1993.