

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
TESE
NÍVEL DOUTORADO

CAMILA BARTHS

**COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
PÚBLICOS: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

PORTO ALEGRE
2018

CAMILA BARTHS

**COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
PÚBLICOS: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGCOM/UFRGS, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Comunicação e Informação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Maria Müller

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Barths, Camila Caroline
COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO / Camila Caroline Barths. --
2018.
173 f.
Orientador: Karla Maria Müller.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Biblioteconomia e
Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação e
Informação, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Comunicação Organizacional. 2. Saúde. 3.
Hospitais Universitários. 4. Gestão. 5. Humanização.
I. Müller, Karla Maria, orient. II. Título.

CAMILA CAROLINE BARTHS

COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
PÚBLICOS: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Tese de Doutorado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGCOM/UFRGS, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Comunicação e Informação.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karla Maria Müller – PPGCOM/UFRGS
Orientadora

Prof. Dr. Rudimar Baldissera – PPGCOM/UFRGS
Examinador

Profa. Dra. Gisela Gonçalves – UBI/Portugal
Examinadora

Profa. Dr. Vera Schmitz – Fabico/UFRGS
Examinadora

Profa. Dra. Gisela Moura – Escola de Enfermagem/UFRGS
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma colaboraram para que esta pesquisa fosse realizada durante os quatro anos do doutorado.

Em especial aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar e não mediram esforços para compreender minha ausência neste período. Com eles aprendi a cumprir com os compromissos, correr atrás do que desejo, não dar desculpas e fazer as coisas acontecerem! Mãe Classi e Pai Anildo, obrigada por tudo mais uma vez, pelas orações, torcida, almoços de domingo para chegar, comer e voltar a estudar!

À minha orientadora, professora doutora Karla Maria Müller, por ter acreditado no meu potencial e ter me desafiado quando eu achei que não era capaz. Agradeço pelas orientações, compreensão, conversas, momentos felizes com o grupo que oportunizou conhecer nestes anos de orientação. Obrigada por ter apostado em mim, mesmo sabendo que não teria muito tempo disponível para dedicação integral à pesquisa. Aprendo a cada dia contigo como ser uma pesquisadora crítica, íntegra, ética e apaixonada pela comunicação.

Aos meus irmãos, Geferson e Marlon, família e amigos, que respeitaram minhas ausências e sempre deram força para continuar. E aos sobrinhos tão pequenos que tive que deixar em meio a brincadeiras porque “a tia tem que estudar”. Ao meu companheiro Fabricio, que durante este período acompanhou todo meu esforço.

Aos colegas e amigos do PPGCOM, principalmente ao Diego da Maia, Dulce Mazer, Jandré Batista, Melissa Gomes, Tabita Strassburger e Thaís Leobeth, vocês foram companhias maravilhosas. Amizades que permanecerão para sempre em minha vida.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, meu local de trabalho. Agradeço às chefias da Coordenadoria de Comunicação, Elisa Kopplin Ferraretto e Querlei Scremin, pelo apoio de sempre, compreensão e força para continuar na vida acadêmica.

Aos funcionários e coordenação do PPGCOM, nas pessoas de Lúcia Loss, Nísia Martins do Rosário e Rudimar Baldissera.

À Capes que oportunizou o período do doutorado sanduíche.

À Universidade da Beira Interior, na pessoa da professora doutora Gisela Gonçalves que me acolheu em Portugal e faz parte da avaliação deste estudo.

Aos amigos que conheci em Portugal: especialmente Anelisa Maradei, Celene Ferreira, Juliana Bulhões, Rozélia Laurett, Thuanny Vieira e Victor Theodoro, vocês me acolheram da melhor maneira possível e agradeço os bons momentos que passamos.

Todos que de alguma forma passaram pelo meu caminho e contribuíram para a pesquisa: muito obrigada!

RESUMO

Este estudo tem como temática a comunicação organizacional em Hospitais Universitários Públicos. O objetivo é compreender como a gestão da comunicação organizacional nestes hospitais participa da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) por meio do processo comunicacional. Considera-se o paradigma relacional da comunicação para tencionar aos elementos que fazem parte da realidade destas organizações, que envolvem as relações de poder, o contexto sociocultural e os relacionamentos. A pesquisa é realizada por meio de embasamento teórico sobre comunicação, saúde, humanização e seus elementos integradores. Utilizou-se análise documental e análise de conteúdo a partir de entrevistas com gestores de comunicação em cinco Hospitais Universitários no Brasil e documentos de caráter administrativo destas instituições, contemplando todas as regiões. Por meio desta tese, forma-se uma representação de como o processo comunicacional atua nos Hospitais Universitários, instituições importantes para a sociedade pelo caráter educacional, assistencial e de pesquisa. Considera-se para fins de resultados que o processo comunicacional para implementar a PNH nos hospitais é incompleto, apesar dos 15 anos de existência da Política, e que a gestão da comunicação não é acionada para participação das decisões estratégicas. Conclui-se que há espaço para atuação dos gestores de comunicação como área estratégica, atuando na melhoria dos processos para que as ações comunicadas efetivem as práticas necessárias para a humanização nos Hospitais Universitários.

Palavras-chave: Comunicação Organizacional. Saúde. Hospitais Universitários. Gestão. Humanização.

ABSTRACT

This study has as its subject the organizational communication in Public University Hospitals. The objective is to understand how the management of organizational communication in these hospitals participates in the implementation of the National Humanization Policy through the communication process. It is considered the relational paradigm of communication to consider the elements that are part of the reality of these organizations, which involve power relations, sociocultural context and relationships. The research is carried out through a theoretical basis on communication, health, humanization and its integrating elements. Documentary analysis and content analysis were used from interviews with communication managers in five University Hospitals in Brazil and administrative documents of these institutions, covering all regions. Through this thesis, a representation of how the communicational process acts in the University Hospitals, important institutions for the society by the educational, assistance and research character. It is considered for purposes of results that the communicational process to implement the Policy in the hospitals is incomplete, despite the 15 years of existence and that the management of the communication is not triggered for participation of the strategic decisions. It is concluded that there is space for communication managers as a strategic area, acting in the improvement of the processes so that the actions communicated effectuate the practices necessary for humanization in University Hospitals.

Key-Words: Organizational Communication. Health. University Hospitals. Management. Humanization.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características das regiões	105
QUADRO 2 – Temáticas gerais	122
QUADRO 3 – Síntese da análise comparativa.....	127

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo de Competência Relacional da Comunicação e Saúde ..	31
FIGURA 2 – Visão de Perspectiva	34
FIGURA 3 – Processo de interação	38
FIGURA 4 – Símbolos e sociedade	39
FIGURA 5 – Diagrama que representa a implementação da PNH	60
FIGURA 6 - Abrangência da Ebserh	98
FIGURA 7 - Funcionamento da EBSERH	99
FIGURA 8 – Processo atual de participação da comunicação nos hospitais	131
FIGURA 9 – Processo ideal de participação da comunicação nos hospitais	132

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PNH – Política Nacional de Humanização

HU – Hospital Universitário

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 COMUNICAÇÃO	23
2.1 Perspectiva Relacional da Comunicação	33
2.2 Gestão da Comunicação	41
3 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	50
4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	64
4.1 Noções Conceituais da Saúde	69
4.2 Criação dos Hospitais Escola e a Educação em Saúde	73
5 COMUNICAÇÃO E SAÚDE: ELEMENTOS INTEGRADORES	76
5.1 Contexto Sociocultural e Cultura Organizacional	82
5.2 Relações de Poder	90
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	97
6.1 Coleta de Dados	104
6.2 Dados Analisados dos HU's	107
6.3 Análise Comparativa	124
6.4 Resultados	128
7 CONSIDERAÇÕES	134
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICE A - ESTADO DA ARTE	147
APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA	151
APÊNDICE C – MODELO DE CONVITE PARA ENTREVISTA	153
APÊNDICE D – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	154
APÊNDICE E – QUADRO CATEGORIAL	156
APÊNDICE F – DADOS COLETADOS EM DOCUMENTOS DOS HU'S	159
APÊNDICE G – DECIFRAÇÃO ESTRUTURAL	172

PREÂMBULO

Pensar a pesquisa como contribuição à produção do conhecimento é o que tem me guiado nos últimos anos desta jornada acadêmica, que iniciou no ano 2000 no curso de Jornalismo da Universidade do Vale do Rio dos Sinos em São Leopoldo, no ano seguinte com o ingresso no curso de Relações Públicas na mesma instituição e durante o mestrado em Comunicação e Informação, no período de 2012 a 2014 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi durante o mestrado que alimentei a vontade de pesquisar e contribuir para o desenvolvimento da minha área de atuação, até então pensada muito para as práticas de mercado. Percebi que com a pesquisa, poderia aprofundar os estudos em questões que me inquietavam nas práticas do dia a dia.

Quando finalizei minha dissertação de mestrado e no primeiro ano do doutoramento, fui nomeada para trabalhar no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital público e universitário referência para os demais do Brasil. Nesta instituição assumi a função de Relações Públicas da Coordenadoria de Comunicação, e percebi a responsabilidade da comunicação com os públicos que fazem parte desta instituição: pacientes, funcionários, professores, alunos e a sociedade. Deparo-me com diferentes relações, há elementos que não são explícitos, mas compõem um conjunto de fatores que concretizam – ou não – o processo comunicacional. Em uma organização hospitalar, circulam muitos sentidos, símbolos, culturas, sentimentos, que se complexificam nas relações e na forma de comunicar.

A partir daí, surgiu o interesse em pesquisar o tema Comunicação Organizacional em Hospitais Universitários Públicos e compreender a dinâmica da comunicação nestas instituições tão peculiares por sua natureza, complexidade e relevância. Acredito que os relacionamentos são a chave para melhorar a efetividade da comunicação e contribuir para a compreensão mútua dos públicos e organização.

Procuro por meio desta pesquisa, contribuir para o avanço e produção de conhecimento na área de comunicação para melhorias dos processos e visibilidade da área permeando outros Campos e transformando a realidade dessas instituições, produzindo reflexões que possam contribuir com a formação de futuros profissionais de Comunicação e Relações Públicas.

As Relações Públicas têm papel fundamental nas organizações contemporâneas. Sua função de aproximação e compreensão dos públicos, passa essencialmente pelos relacionamentos e aspectos que fazem parte do processo comunicacional. Precisa considerar os contextos, a cultura e a realidade de cada organização e dos públicos. No ambiente hospitalar, talvez mais que em outras organizações, tanto o paciente/cliente quanto o funcionário passam por situações de alegria e/ou tristeza. Sentimentos estão em jogo a todo tempo, o que impacta fortemente no sentido que é atribuído à comunicação.

Poder produzir conhecimento em comunicação organizacional, é gratificante. Percebi o quanto os hospitais precisam de estudos que façam avançar a questão da participação da comunicação nas decisões estratégicas das organizações e compreender que a comunicação é um processo que considera a produção de sentido para os receptores, que todos os agentes envolvidos no processo comunicacional devem ser considerados e suas ações, gestos, atitudes devem ser respeitados. Além disso, compreender como a comunicação concretiza os discursos da organização, está sendo, desde o mestrado, o objetivo das pesquisas que venho desenvolvendo (BARTHS, 2014).

Durante este período percebi que a complexidade dos Hospitais Universitários é muito maior do que se possa imaginar e que o desafio é diário para transformar esta realidade que envolve sentimentos, poucos recursos humanos, financeiros e materiais, burocracias, entre tantos aspectos que passam pelas culturas destas organizações.

Chegar ao final deste ciclo não foi fácil e nem será fácil continuar o caminho que não se esgotará nesta tese, porém, a vontade de a determinação de mostrar a potencialidade da comunicação para as organizações e seus impactos na sociedade, farão o percurso valer a pena.

1 APRESENTAÇÃO

A pesquisa aqui apresentada está inserida na linha de pesquisa Mediações e Representações Culturais e Políticas do Programa de Pós-graduação em Comunicação e Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e desenvolve as temáticas voltadas à comunicação organizacional.

O propósito da tese está em estudar a comunicação organizacional nas instituições de saúde, compreendendo a realidade dos processos comunicacionais neste contexto. A investigação ainda se relaciona com as questões socioculturais que compreendem a pesquisa empírica em Hospitais Universitários Públicos no Brasil (HU's).

Transita-se pelos temas que integram a comunicação organizacional, como relacionamento, gestão, contexto sociocultural e o poder simbólico, que fazem parte do processo comunicacional. A fim de compreender a área fim dos hospitais, objeto de estudo nesta pesquisa, discorre-se sobre a noção de saúde, Política Nacional de Humanização (PNH) e humanização, que são questões importantes para guiar teoricamente esta investigação. Considera-se que essas temáticas proporcionam o avanço dos estudos em comunicação através das abordagens e transformações sociais que podem evidenciar, principalmente, na articulação das práticas comunicacionais nas organizações com o Campo da Saúde.

Apesar de a saúde ser pauta permanente na vida social, nas pesquisas científicas na área da comunicação, o tema não é tão evidenciado na sua relação com a comunicação organizacional, e por isso, há lacunas para a investigação e compreensão de fenômenos comunicacionais. Uma das questões que identifica a relevância da pesquisa é a possibilidade de as práticas comunicativas nas instituições de saúde promover a concretização de políticas de humanização. Essas práticas podem proporcionar melhorias para a sociedade, na medida em que a população em geral deve - ou deveria - ser beneficiada com as políticas e o direito à saúde.

Conforme a Lei nº 8.080/1990, a saúde é um direito de todos em nosso país, e é disponibilizada e regulamentada pelos órgãos públicos federais. De acordo com

o Art. 2º, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a legislação da saúde pública é executada com a participação de todas as esferas governamentais (município, estado e união), cada uma com competências distintas que se complementam para a efetiva prestação do serviço, garantindo - ou devendo garantir - aos cidadãos o direito à saúde. Além dessas garantias, também faz parte das políticas públicas, a humanização das práticas incluindo nessa dinâmica o desenvolvimento e consolidação de movimentos instituintes, críticos e criadores, emergentes do complexo processo de produção das relações sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Entende-se que os hospitais são um meio de desenvolver a política de humanização, considerando que a humanização é para o Ministério da Saúde, estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde, e impõe a inclusão da diferença na ação política e institucional. Assim, para esta instituição, compreende-se que humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para que isso aconteça a comunicação é imprescindível. O tema Comunicação e Saúde, é pouco abordado no Campo da Comunicação (de acordo com o estudo do Estado da Arte, apresentado na íntegra no apêndice A), ganhando maior abertura para pesquisas a partir de 2010 através de estudos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que possui um grupo de pesquisas e formou recentemente os primeiros doutores na área. Considera-se que a comunicação é um Campo que atravessa as relações sociais e culturais, e se dá através de um processo com a participação do produtor, emissor, receptor e suas interpretações.

A todo instante, o comunicador é desafiado na sua prática profissional na maneira que conduz o processo comunicacional envolvendo diferentes públicos, cujas mensagens precisam ser assimiladas por estes. Além disso, é determinante e necessário compreender o contexto hospitalar e a área da saúde para disseminar informações que não sejam simplificadoras e reprodutoras, mas que despertem nas

peças melhores formas de relacionamento e concretização de ações positivas para o objetivo fim de todos os envolvidos neste contexto.

O papel do gestor da comunicação neste processo é relevante no sentido que é este profissional que intermedeia os interesses da administração dos hospitais e a comunidade hospitalar em ambas vias de comunicação: de cima para baixo e de baixo para cima vertical, horizontal e transversalmente. Estas organizações ainda apresentam uma hierarquia vertical descendente, com decisões partindo exclusivamente do topo da administração. Com estrutura composta por Conselho Administrativo, Consultivo e Fiscal, existe um assento no Conselho Administrativo para um funcionário que representa os demais (BRASIL, 2010), o que não garante a participação da comunicação.

Dados referentes ao Estado da Arte indicam que poucos trabalhos foram desenvolvidos nessa área. Encontrou-se na busca do Banco de Teses da Capes 56 registros, com as palavras-chave Comunicação Organizacional e Saúde em programas de pós-graduação em Comunicação. Desses, apenas três possuem alguma semelhança nos temas, sendo um da área da Administração, um da Saúde Coletiva e um da Comunicação, todos em nível de mestrado acadêmico. Na consulta realizada com as palavras-chave Comunicação Organizacional e Humanização, foram encontradas cinco dissertações e duas se relacionam com esse estudo, sendo dissertações da área da comunicação: "Comunicação Organizacional e Fatores de Humanização: capital social e humor" do ano 2012 com autoria de Ademir Balbino Siqueira Filho e "A Contribuição das Relações Públicas no Processo de Humanização nas Organizações: estudo de caso do Grupo Biofast", também de 2012, da pesquisadora Solange Aparecida de Moura.

Em todo repositório da UFRGS, apenas duas dissertações de mestrado foram encontradas no ano de 2006, relacionadas à comunicação e saúde. Nenhuma delas propõe alcançar os objetivos aqui pretendidos e que serão expostos a seguir. Portanto, configura necessidade de aprofundamento neste tema, para proporcionar avanços à sociedade e às instituições de saúde públicas no que se refere ao trato da comunicação.

As descobertas que esse estudo propõe partem de pressupostos relacionados à prática comunicacional como ação necessária para o relacionamento

humanizado e bases teóricas que desencadeiam o problema de pesquisa (Araújo et al., 2009):

- a) A comunicação realizada pelas instituições de saúde públicas reproduz políticas públicas, lideradas pelo Governo Federal;
- b) Os processos comunicacionais para a saúde, demonstram aspectos instrumentais para o relacionamento com os públicos;
- c) Há uma demanda cada vez maior por humanização nas instituições públicas de saúde;
- d) A comunicação e a educação podem promover a conscientização para as práticas de humanização;
- e) Os hospitais universitários públicos têm como um de seus objetivos a educação;
- f) A comunicação está no centro dos relacionamentos nas instituições de saúde públicas;
- g) A gestão da comunicação organizacional está diretamente ligada à produção das mensagens de comunicação e com potencial para concretizar a PNH.

Portanto, a questão de pesquisa é **como a gestão da comunicação organizacional participa da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) em Hospitais Universitários Públicos no Brasil (HU's)?** O objetivo geral é **compreender** como a gestão da comunicação organizacional nos HU's participa da implementação da PNH por meio do processo comunicacional.

Para alcançar o objetivo geral relacionamos os seguintes objetivos específicos: a) verificar como os gestores de comunicação dos HU's percebem a aplicação da PNH na instituição e quais práticas de comunicação são associadas a essa política; b) verificar se os instrumentos de comunicação disponibilizados pelos gestores demonstram concretização da PNH e se existe coerência entre suas falas e suas ações; c) compreender como ocorre o processo comunicacional para a implementação da PNH nos HU's;

Para alcançar os objetivos serão cumpridas três etapas respectivamente: identificar no texto da PNH quais elementos remetem ao relacionamento das organizações com seus públicos; analisar os instrumentos de comunicação de caráter administrativo de cinco HU's selecionados, a respeito da humanização; e identificar o modelo de comunicação dos hospitais.

A pesquisa empírica foi realizada com os gestores de comunicação dos Hospitais Universitários públicos, tendo em vista que são estes profissionais que participam – ou deveriam participar – da produção de mensagens para concretização de ações por meio da comunicação. Os Hospitais Universitários são vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que está vinculada ao Ministério da Educação e tem o objetivo de realizar a gestão dos hospitais universitários públicos, coordenando e avaliando a execução de atividades e dando apoio para a melhoria da gestão¹. Entre todos os hospitais, foi escolhido um por região do Brasil para realização deste estudo, totalizando cinco HU's.

O papel dos gestores de comunicação é fundamental para o entendimento dos fluxos e participações nas concretizações de ações. Nas organizações hospitalares, a questão da humanização pode ser respaldada pela Política Nacional, existente há 15 anos, e é um eixo importante para as ações cotidianas dos hospitais.

Diante da problemática apresentada, o trabalho é estruturado em sete capítulos, que inicia com a pesquisa bibliográfica, embasando teoricamente o tema proposto. No capítulo 2 são apresentadas reflexões sobre a comunicação organizacional trazendo para a discussão aspectos como relacionamento, humanização das organizações, perspectiva relacional da comunicação e gestão da comunicação.

No capítulo 3, é discutido o tema humanização e é apresentada a PNH, política que é o indicador da pesquisa e faz a ligação entre a comunicação e saúde. No capítulo 4 são expostos conceitos e histórico do Campo da Saúde a fim de possibilitar a contextualização acerca desta área. Na sequência, no capítulo 5, são teorizadas as articulações entre comunicação e saúde, identificando seus elementos integradores para dar base às análises empíricas.

¹ Esta empresa foi criada para dar continuidade ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf). Esse programa foi criado pelo Decreto nº 7.082 há seis anos, e desde então, estão sendo adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

A metodologia da pesquisa é apresentada no capítulo 6, bem como os métodos utilizados para a pesquisa empírica, análises e resultados. Utiliza-se a pesquisa qualitativa, com métodos de estudo de caso, pesquisa documental e análise de conteúdo. Finaliza-se com as considerações e referências bibliográficas.

Por meio desta tese, acredita-se na contribuição da reflexão sobre qual é o modelo de comunicação adotada pelos Hospitais Universitários Públicos, instituições importantes para a sociedade, e como produzem sentidos através de suas práticas. A escolha do estudo dos HU's se justifica pela particularidade destas instituições, órgãos públicos federais de assistência, ensino e pesquisa, hospitais de referência onde a educação é um dos pilares essenciais da existência destes hospitais, desenvolvendo práticas como exemplo para a formação de profissionais de saúde que podem ser levadas para outros locais e sociedade como um todo.

Acredita-se ainda, na importância dos contextos socioculturais para produção e meios de circulação das mensagens para dar sentido às ações dos sujeitos, e na capacidade e potencialidade da comunicação para a concretização de práticas. As considerações e resultados deste trabalho não se esgotam aqui e espera-se que possam ser utilizadas para a prática dos hospitais, como tentativa de mudança, de transformação das ações.

2 COMUNICAÇÃO

Estudar a comunicação nas organizações é de fato uma tarefa complexa, pois é necessário levar em consideração todos os aspectos deste contexto que envolve as organizações, a sociedade e as pessoas. Neste âmbito estão presentes cultura, política e relacionamento. Chegar a uma conclusão definitiva de como ocorre o processo comunicacional nas organizações não é objetivo desse capítulo, mas sim, trazer teorias que possam embasar e fazer refletir sobre as implicações da comunicação nas organizações, enfatizando o paradigma relacional.

Antes de focar na comunicação das organizações, entende-se que a comunicação precisa ser compreendida em seu conceito mais amplo, pois é nesse aspecto que podemos pensá-la no universo das organizações. A comunicação é necessária tanto no aspecto individual quanto no coletivo, pois está na origem de um princípio de organização das relações sociais, não importando nesse sentido, a hierarquia dessas relações (WOLTON, 2004). O autor ressalta que comunicação se relaciona entre a aspiração humana e a cultura ocidental, e para justificar essa hipótese, apresenta consequências das quais destacamos uma delas para esta reflexão:

a comunicação é uma questão tão importante para o equilíbrio social, cultural, político e econômico quanto a saúde, a defesa, a pesquisa e a educação. Não somente por razões financeiras, mas também porque hoje a vida cotidiana, o trabalho, a educação, a saúde são organizados e redistribuídos em torno das problemáticas de comunicação e das técnicas que a sustenta (WOLTON, 2004, p. 60).

Percebe-se que é necessário tratar a comunicação considerando seu impacto social, pois está envolvida em todos os níveis socioculturais, entrelaçada nos principais aspectos da vida humana. Na atualidade, lidar com tantas informações revela as distâncias e diferenças que a comunicação precisa gerenciar (WOLTON, 2004).

Os relacionamentos nas organizações têm passado por fortes mudanças nos últimos tempos, pois com maior acesso à informação e a exigência de prestação de contas à sociedade, as empresas precisaram se adaptar ao novo cenário. Segundo Ferrari (2016), “os relacionamentos entre as pessoas e as organizações também se

alteraram - passaram a ser baseados em uma infinidade de informações que empoderaram as pessoas”, as organizações abrem espaço para dividir suas decisões, não por iniciativa própria, mas por pressão das mudanças sociais.

A autora afirma que:

esse novo cenário tem colocado às organizações públicas e privadas um desafio quase impossível de vencer: conviver em um contexto no qual as pessoas têm o poder de influenciar, positiva ou negativamente, seu negócio ou instituição (FERRARI, 2016, p. 140).

Ferrari (2016) relata o resultado de uma pesquisa que afirma que uma pessoa comum é mais crível no momento de formar opinião a respeito de uma marca, produto ou pessoa, do que um executivo, que fica em quinto lugar no *ranking*. Assim, percebemos que um funcionário pode ter mais influência do que um gestor, porém no dia a dia das organizações, quem está à frente das decisões são os executivos, que geralmente "muito falam e pouco escutam". Ainda assim, na realidade dos departamentos de comunicação, os gestores estão neste cargo com o propósito de engajar os funcionários e incluí-los nas ações e propósitos da empresa.

Kunsch (2016) também reflete sobre a adaptação das organizações mediante o cenário que vem se modificando nos últimos anos, e obriga os profissionais de comunicação a criar novas formas de atuação para a definição de estratégias que engajem os públicos:

É notável o poder que a comunicação exerce no mundo contemporâneo. Ela precisa ser considerada não meramente um instrumento de divulgação ou transmissão de informações, mas um processo social básico e um fenômeno presente na sociedade (KUNSCH, 2016, p. 38).

A autora cita no decorrer da sua obra que ações isoladas de comunicação não são suficientes para dar conta do relacionamento com os públicos, pois cada vez mais as empresas precisam se adequar às novas realidades e demandas sociais.

Em obra anterior, Kunsch aborda a necessidade de a comunicação estar inserida nos processos simbólicos e com foco nos relacionamentos interpessoais e grupais, “valorizando as práticas comunicativas cotidianas e as interações nas suas mais diversas formas de manifestação e construção social” (KUNSCH, 2010, p. 43).

Ela afirma que a constituição da organização se dá pelas pessoas que se comunicam entre si, e portanto, “viabilizam o sistema funcional para sobrevivência e consecução dos objetivos organizacionais em um contexto de diversidades, conflitos e transações complexas” (KUNSCH, 2010, p. 48).

Assim, a autora atenta para a importância da dimensão humana da comunicação organizacional, com o propósito de instituir este tipo de comunicação no âmbito das organizações, citando que:

Ao dar ênfase à dimensão humana da comunicação organizacional, meu principal propósito é defender sua importância no âmbito organizacional, para melhor qualidade de vida dos trabalhadores, em um ambiente cada vez mais complexo, competitivo e com cenários conflitantes e paradoxais (KUNSCH, 2016, p. 51).

Dessa forma, compreende-se que atribuir importância para a humanização das organizações é fato necessário diante de tantos desafios éticos e comportamentais da atualidade. Na medida em que se aprofunda a temática, percebe-se que a compreensão da dinâmica da comunicação nas organizações, exige recursos seletivos que possibilitem o entendimento do todo:

As organizações (sistemas vivos) são compreendidas como resultados dinâmicos de relações entre sujeitos que se realizam como forças em diálogo, selecionando, circulando, transacionando e construindo significação por meio de processos comunicacionais (BALDISSERA, 2010, p. 61).

De acordo com Baldissera (2008, p. 167) é necessário partir de dois aspectos: que a comunicação organizacional é antes de tudo, comunicação, e “o fato de tanto a noção de comunicação quanto a de organização terem a ideia de ‘relação’ como basilar”. Sendo assim, destaca que a relação é pressuposto básico da comunicação e da organização:

A organização é entendida como a combinação de esforços individuais para a realização de (em torno de) objetivos comuns. Não se reduz à estrutura física (algumas até dispensam essa estrutura), aos equipamentos, aos recursos financeiros, a pessoas, mas, sim, ‘realiza-se em relações’; pessoas em relação que trabalham para atingir objetivos específicos (BALDISSERA, 2008, p. 168).

O relacionamento é um elemento intrínseco à comunicação organizacional, e não se reduz somente às rotinas do dia a dia, não existem certezas e controles. Para o autor, a comunicação “abarca todo fluxo de sentidos em circulação que, de alguma forma, disser respeito à organização” (BALDISSERA, 2008, p. 170).

Compreende-se que a complexidade está presente na vida organizacional e a comunicação acontece independente do controle dela sobre a informação que circula através da instituição.

Mourão et al. (2016) atentam para o fato da comunicação organizacional como disciplina não ter fundamentos claros e estar vinculada mais com a prática profissional do que com os avanços científicos, mesmo que esta realidade esteja mudando desde os anos 40 até hoje. As autoras relatam que a disciplina inicialmente não pertencia exclusivamente à comunicação, sendo também estudada e discutida na psicologia, sociologia e gestão. Essa característica permanece sendo evidenciada, já que a interdisciplinaridade é um elemento que faz parte das organizações e da comunicação.

Para traçar uma linha histórica e evolutiva, Mourão et. al (2016), apresentam quatro perspectivas que formaram a disciplina ao longo do século passado. O Paradigma Positivista teve maior enfoque no surgimento dos estudos em comunicação organizacional, baseado essencialmente no conhecimento instrumental focado na eficácia organizacional. Já o Paradigma Interpretativo estuda as organizações como símbolo, e citam que

são simbólicas, porque representam relações no processo de mudança; são estruturais, uma vez que podem ter efeitos nas ações diárias dos seus membros; são encaradas como pluralistas, contrariamente à visão unitária da escola funcionalista” (MOURÃO et al., 2016, p. 75).

Quando relatam o Paradigma Crítico, as autoras acreditam que está relacionado com ideologias, instituições, interesses e identidades. Essa abordagem vem da Escola de Frankfurt e tem como foco central os contextos históricos-sociais e as relações de poder. Para as autoras “Os teóricos do paradigma crítico têm em conta os interesses, para perceber se são ou não incontestáveis e, ao mesmo

tempo, prejudiciais para os membros com menos poder” (MOURÃO et al. 2016, p. 77).

Em relação ao quarto Paradigma, o Dialógico, as autoras citam que é semelhante ao crítico, porém focado em questões éticas, perspectivas feministas e raciais, defendendo o seguinte questionamento: “*Como é que os múltiplos significados e as múltiplas interpretações podem influenciar múltiplos e diversos comportamentos?* (grifo das autoras)” (MOURÃO et al. 2016, p. 81).

Compreende-se que os paradigmas apresentados demonstram evolução no sentido de acompanhamento das transformações sociais nos últimos anos. Para embasamento desta tese, acredita-se que estes paradigmas influenciam as práticas organizacionais hospitalares, já que possuem características que se enquadram em todas elas, mas a discussão sobre os temas delinea caminhos para o modelo crítico, atentando para as relações de poder que são estabelecidos por meio da comunicação.

Em meio a realidades complexas que são desenvolvidas nos hospitais, e das práticas comunicativas nestas organizações, é essencial abordar a relação com a humanização. Assim, Marchiori afirma que,

As questões de humanização e das relações de trabalho ganham um novo sentido, evidenciando-se muito mais os aspectos subjetivos em relação aos objetivos, tornando as organizações em espaço dependente da ação e da interação do ser humano - e, portanto, de sua comunicação (MARCHIORI, 2010, p. 140).

Segundo a autora, a essência de uma empresa humanizada concentra-se nas pessoas. A humanização versa especificamente sobre pessoas e a comunicação faz parte do processo de humanização das organizações, pois “ao se ponderar sobre as empresas humanizadas, entende-se que *o lugar da comunicação é lugar da fala, da interação, da geração de conhecimento* (grifo da autora) (MARCHIORI, 2010, p. 143).

Sendo assim, o estudo da comunicação nas organizações nos leva para o caminho dos relacionamentos humanizados:

É preciso levar a efeito estudos que venham a desvendar a relação complexa entre organizações e os seres humanos, entendendo-se que esses ambientes dependem da comunicação para que essas realidades

sejam construídas com significado, tornando-se, essencialmente, realidades com sentido (MARCHIORI, 2010, p. 153).

A autora relata que as organizações vivem uma nova era onde a comunicação assume a concepção de significados por meio das interações entre as pessoas. Nesse sentido, desenvolver estudos que facilitem e ampliem novas formas das pessoas produzirem significados de acordo com suas realidades, é fundamental para tornar possível um melhor entendimento do processo de relacionamento nas organizações (MARCHIORI, 2010).

Como forma de ver todas as possibilidades sobre os processos comunicacionais nas organizações, Oliveira e Paula (2012) definem a comunicação como:

um processo dinâmico, em movimento que pressupõe atualização e renovação constantes, com base nas próprias interações das organizações com os grupos envolvidos em determinadas situações (OLIVEIRA; PAULA, 2012, p. 71).

Todas as organizações têm ou deveriam ter estratégias para se comunicar com os públicos, ou grupos, e existe um processo comunicacional que deve ser pensado não só com os interesses da organização, mas sim,

que concretizam as interações da organização nos ambientes interno e externo, por meio de informação e de oportunidades de relacionamento com os diferentes públicos, sem desconhecer o “outro” - sujeito do processo (OLIVEIRA; PAULA, 2012, p.72).

Quando trata-se de instituições hospitalares, lida-se com organizações que têm como público cliente, o paciente. Esse público não vai embora quando termina o expediente, pois os hospitais funcionam 24 horas, e por isso o “cliente” está o tempo todo dentro da organização. Cabe destacar que ele, não raras vezes, permanece mais tempo dentro da instituição do que o próprio funcionário, pois este tem sua jornada definida em períodos de trabalho pré-estabelecidos. Sendo assim, a categorização de público interno e externo para essas organizações, fica cada vez mais complexa, além das questões tecnológicas em jogo, “a fronteira que separa os ambientes interno e externo das organizações na contemporaneidade torna-se fluida e dispersa” (OLIVEIRA; PAULA, 2012, p.72).

De acordo com Haide (2009, p. 55, trad. nossa), o processo de produção de um mundo significativo não é um projeto individual; é um processo social, assim, ele considera que:

As relações públicas são, por si só, uma instituição que afeta várias dimensões diferentes da vida moderna, desde aspectos tão diferentes como as decisões dos políticos sobre a identidade das pessoas na vida cotidiana.

Compreende-se que essa atividade, define grande parte do processo comunicacional planejado, e do ponto de vista do autor, “comunicação e diálogos contínuos com públicos são a única maneira de nutrir e restaurar relacionamentos construtivos” (HAIDE, 2009, p. 56, trad. nossa). Neste sentido, os profissionais de comunicação devem reconhecer que as pessoas criam significados em diferentes situações e há grandes chances de sua interpretação ser diferente do significado original pretendido pelo emissor. Além disso, a comunicação é vista como recíproca em que os participantes - os membros de uma organização e representantes de um público - produzem uma compreensão mútua da realidade. A comunicação é, em outras palavras, um processo de tomada de sentido quando uma realidade social é decretada (HAIDE, 2009, p. 56).

Este autor tem como ponto de vista as lentes Bergerianas, que considera importante ter a mente aberta para outras culturas na tentativa de entender a realidade a partir de várias perspectivas diferentes. Desta forma, há uma necessidade de ampliar os pontos de vista dos públicos, mesmo que exista uma tendência entre as organizações de não compreender o valor da opinião dos grupos minoritários e realmente ouvi-los (HAIDE, 2009). O autor ainda afirma que

as relações públicas são uma instituição que constrói certas visões e realidades mundiais através de atividades de comunicação. As relações públicas podem ser vistas como um processo de disseminação estratégica de textos para manter, desenvolver certas práticas socioculturais e os valores e atitudes preferenciais de uma organização (HAIDE, 2009, p. 58, trad. nossa).

Assim, percebe-se o potencial que a atividade comunicacional, especialmente de relações públicas, tem para influenciar e decidir formas de atuação bem específicas no contexto onde se encontram as organizações. Compreende-se que o

processo comunicacional não está vinculado à uma profissão específica dentro da comunicação, porém, as atividades de relações públicas possibilitam maior vivência na gestão de relacionamentos, o que lhes destaca dentro da área neste sentido.

Um dos poucos estudiosos sobre comunicação e saúde, Gary Kreps (1988) cita que diversos interesses da pesquisa em comunicação sobre saúde estão preocupados com o papel da comunicação interpessoal em relacionamentos de cuidados de saúde e estão maduros para análise de comunicação relacional. Estudos de comunicação sobre saúde examinaram práticas específicas de comunicação interpessoal e problemas relacionados à comunicação relacional. O autor afirma que

a pesquisa passada se concentrou mais frequentemente na descrição de padrões, problemas e problemas de comunicação interpessoal em saúde, do que na análise de direções específicas para melhorar a comunicação relacional de saúde” (KREPS, 1988, p. 350, trad. nossa).

Passados 30 anos de sua publicação, o texto segue sendo relevante para demonstrar que os relacionamentos são complexos, ainda mais quando estão vinculados com a área da saúde.

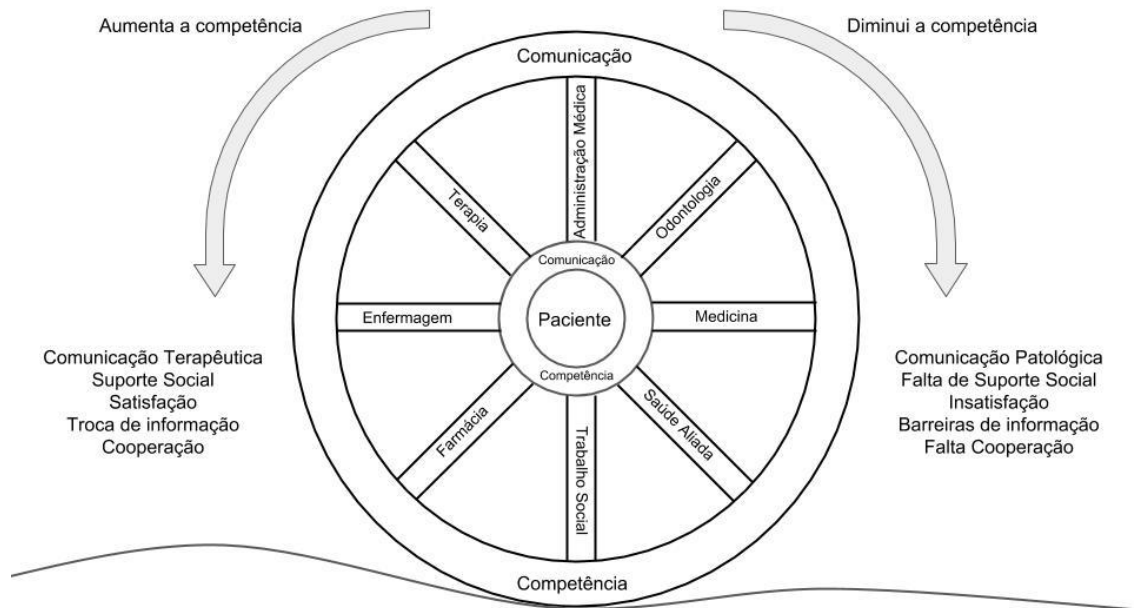
Importante ressaltar que os estudos desta tese não buscam se inserir nos estudos de Comunicação e Saúde (C&S) como tratado no Brasil e nem em Comunidade em Saúde, que é o termo utilizado nos estudos de Kreps. Porém, na ausência de estudos consolidados sobre Comunicação Organizacional e Saúde, percebe-se que a pesquisa nestes campos não teve muitos avanços, e volta-se aos campos relacionados para refletir suas teorias.

Kreps (1988) relata que é preciso fazer um trabalho para identificar o que conhecemos atualmente sobre a comunicação relacional nos cuidados de saúde, categorizar e integrar os resultados da pesquisa e iniciar um movimento na pesquisa sobre comunicação em saúde, de ênfase na descrição até ênfase na integração, elaboração, aplicação e desenvolvimento.

Identificou-se uma proximidade dos interesses desta tese com as afirmações de Kreps, que estuda a comunicação em saúde de forma relacional. Na figura 1, o

autor demonstra como vê o modelo de competência relacional da comunicação e saúde.

Figura 1 – Modelo de Competência Relacional da Comunicação e Saúde



Fonte: adaptado de Kreps (1988, p. 354) por Camila Barths.

Na visão do autor, a competência comunicativa está em todas as esferas do tratamento do paciente dentro de uma instituição de saúde. Ele demonstra a diferença entre a comunicação patológica e a comunicação terapêutica, enfatizando que a comunicação terapêutica seria a mais apropriada para gerar um ambiente de satisfação e cooperação.

Kreps (1988) explica que este modelo de comunicação, seria uma forma de identificar competências de comunicação adicionais necessárias aos provedores e consumidores em uma ampla gama de contextos de cuidados de saúde. Além disso, seria necessário estabelecer medidas claras baseadas no desempenho para as competências de comunicação em saúde dos fornecedores e consumidores, e desenvolver estratégias e programas educacionais para ajudar os prestadores de cuidados em saúde e os consumidores a cultivar as competências de comunicação em saúde identificadas através da pesquisa. No modelo proposto pode-se refletir

sobre como aplicar as competências nos dias atuais e na realidade brasileira, propondo formas de melhorar a comunicação neste contexto.

Em publicação mais recente, Kreps (2012) sugere que existem muitos esforços complexos de promoção da saúde que podem se beneficiar da pesquisa definitiva em matéria de comunicação em saúde, mas são mais frequentemente guiados por boas intenções, precedentes e convenientes do que por fortes evidências. Neste sentido, ele questiona:

Por exemplo, com que frequência a pesquisa de comunicação em saúde é usada para orientar o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de educação e promoção da saúde pública? Com que frequência a pesquisa em comunicação sobre a saúde orienta as estratégias de prestação de cuidados da saúde para obter informações de diagnóstico completas, o consentimento informado ou a promoção da adesão às recomendações de cuidados da saúde? Muitas vezes, a resposta a essas questões é que esses programas e práticas não são guiados pela pesquisa de comunicação em saúde (KREPS, 2012, p. 12, trad. nossa).

Percebe-se que há um esforço da pesquisa de comunicação em saúde que não está sendo utilizado para o avanço do conhecimento científico colocado em prática e esse fato desvaloriza o empenho dos pesquisadores em comunicação. Para o autor, os estudos devem se concentrar no exame dos processos críticos de comunicação em relação à prestação de cuidados e promoção da saúde, ao mesmo tempo em que examina as influências sociais, institucionais e culturais da comunicação sobre saúde e cuidados de saúde (KREPS, 2012).

Conforme o pesquisador,

Uma grande estratégia para traduzir a pesquisa de comunicação em saúde na prática depende do desenvolvimento de parcerias interdisciplinares, interprofissionais e baseadas em comunidades com estudiosos, provedores de cuidados da saúde, consumidores, administradores, representantes de agências governamentais, membros da organização de apoio e formuladores de políticas públicas. Essas parcerias colaborativas são fundamentais para ajudar os pesquisadores da comunicação social a efetivamente projetar, implementar e institucionalizar as melhores intervenções de comunicação em saúde baseadas em evidências dentro da sociedade (KREPS, 2012, p. 16, trad. nossa).

Porém na realidade atual, pouco se vê essas parcerias se efetivando, apesar de ser essencial para pensar a complexidade da comunicação e saúde. É imprescindível que os estudiosos da comunicação sobre a saúde não apenas realizem pesquisas relevantes sobre sua área, mas também tomem esforços concentrados para usar os resultados de suas pesquisas, para orientar o desenvolvimento de programas de intervenção em comunicação em saúde baseados em evidências e para melhorar a prestação de cuidados e promoção da saúde. Dessa forma o conhecimento retorna para a sociedade como transformação de práticas. O autor ainda relata que os estudiosos da comunicação em saúde precisam se esforçar para fazer importantes questões de pesquisa, reunir dados rigorosos para desenvolver, implementar e sustentar programas, ferramentas, políticas e práticas de comunicação em saúde (KREPS, 2012).

Neste sentido, a discussão a seguir é pertinente para pensar na perspectiva relacional da comunicação como uma forma de humanizar e considerar os contextos das organizações.

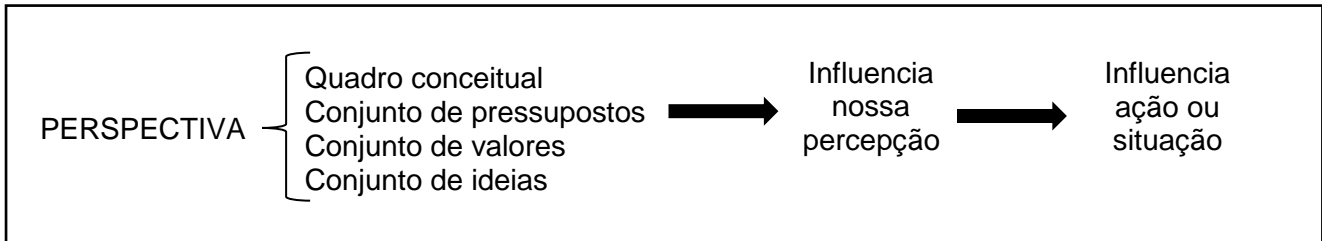
2.1 Perspectiva Relacional da Comunicação

Compreende-se que o conceito de comunicação organizacional relacional é o que melhor corresponde aos processos de humanização nas organizações, pois considera-se que somente através dos relacionamentos é possível receber, interpretar e concretizar políticas que tenham relação com a ação. Essa opção não significa ignorar as demais perspectivas de comunicação organizacional estudadas no país, mas priorizar a teoria que melhor representa e se aproxima do estudo desta tese. De acordo com Charon (2004, p. 8, trad. nossa), “perspectivas não são percepções, mas são guias para nossas percepções; eles influenciam o que vemos e enxergamos, interpretamos o que vemos. Elas são nossos "óculos" que colocamos para enxergar”. Na figura 2 pode-se ver como o autor ilustra sua visão de perspectiva.

Refletir teoricamente como o processo comunicacional contribui para a concretização dos discursos em ações faz com que se enxergue as possibilidades de humanizar também as práticas de comunicação organizacional nessas

organizações onde a vida do ser humano é ‘o objetivo fim do negócio’, pois considera-se nesta pesquisa que o discurso por si só também é uma forma de ação.

Figura 2 – Visão de perspectiva



Fonte: adaptado de Charon (2004, p. 8)

Lima (2008) relata que a comunicação somente pode ser estudada através da conexão das dimensões "interacional (a relação dos locutores), a simbólica (as práticas discursivas e a produção de sentido) e a contextual (situação sociocultural)", pois, segundo ela, quando as três dimensões são percebidas em reciprocidade, é concebida a comunicação de forma relacional (LIMA, 2008, p. 114). Ao olhar a comunicação através do paradigma relacional, passa-se a denominá-la comunicação no contexto organizacional, pois,

o entendimento da comunicação pelo viés relacional implica concebê-la como um processo de construção conjunta entre interlocutores (sujeitos sociais), a partir de discursos (formas simbólicas que trazem as marcas de sua produção, dos sujeitos envolvidos e do contexto), em situações singulares (dentro de um determinado contexto) (LIMA, 2008, p. 114).

Assim, a autora afirma que as organizações são consideradas como sujeitos sociais que emitem discursos e que podem desencadear uma série de interações com outros sujeitos. Percebe-se que as interações comunicacionais realizadas pelas organizações estão diretamente ligadas à internet, mídia, reprodução de mensagens em uma comunicação nada dirigida aos relacionamentos nos dias atuais, e sim, na individualização dos sujeitos, promovendo o afastamento e o desentendimento dentro de um mesmo contexto.

Segundo Lima (2008), as organizações também (re) constituem suas relações através dos discursos, e produzem sentido se tornando agentes de significado. Sendo assim, pode-se inferir que os relacionamentos e a PNH têm aproximações essenciais com o processo comunicacional como elemento educacional e produtor de sentidos nas organizações. Estes elementos são fundamentais para a compreensão da integração entre a PNH e os relacionamentos entre organizações e públicos.

Nas instituições hospitalares, de acordo com esse enfoque, as relações entre as pessoas são geralmente abaladas por situações e emoções que oscilam entre a dor, desesperança, medo, sofrimento, e momentos de alegria como o do nascimento de uma nova vida, a cura de uma doença, ou eliminação de uma suspeita. Portanto, são complexas, repletas de sentimentos dos mais variados tipos. Porém, ainda é comum deparar-se com paradigma informacional, que de acordo com Lima e Bastos (2012, p. 34) acabam adotando o mesmo ângulo de visão “entendendo o processo sob uma perspectiva linear e utilitarista”.

Para as autoras, o modelo de comunicação relacional analisa o processo através de suas articulações e relações:

estudar comunicação no contexto organizacional é analisar a relação entre sujeitos interlocutores (e devemos ver a organização como um dos interlocutores) que constroem sentido na interação por eles estabelecida pelas trocas simbólicas mediadas por diferentes dispositivos, em determinado contexto. O fenômeno comunicacional, dessa maneira, só pode ser compreendido como globalidade em que os elementos se afetam mutuamente e, na relação, se reconfiguram e reconfiguram a sociedade (LIMA; BASTOS, 2012, p. 37).

É necessário considerar que a organização se constitui da interação múltipla, vista de diferentes perspectivas e interpretações, tornando-se um ator social coletivo. Está constituída por sujeitos através das relações e interações que estabelece. Os processos de comunicação permitem que a organização se relacione com os interlocutores desta interação e revela o papel de mediadora e organizadora da comunicação no contexto organizacional e dos processos de interação (LIMA; BASTOS, 2012).

Pelas lentes do paradigma relacional, em que a comunicação é premissa básica para a interação humana na sociedade, o emissor e o receptor estão em constante troca e a ação de um afeta a do outro. Conforme Lima e Bastos, (2012, p. 42), expostos “à constituição de um mundo comum por meio da ação, compreende-se que o processo comunicativo é mais amplo e pressupõe circularidade”.

Busca-se então no interacionismo simbólico, a base para a perspectiva relacional da comunicação. De acordo com Charon (2004, p. 30, trad. nossa):

O interacionismo simbólico é geralmente remontado ao trabalho de George Herbert Mead (1863-1931), professor de filosofia na Universidade de Chicago. Mead escreveu muitos artigos, mas grande parte dessa influência sobre os interacionistas simbólicos vem através da publicação de suas palestras e notas por seus alunos, bem como através da interpretação de seu trabalho por vários outros sociólogos, especialmente um de seus alunos, Herbert Blumer.

Em publicação reimpressa de Mead em 1993, o autor relata que “o princípio que é sugerido como básico para a organização social humana da comunicação implica a participação no outro” (MEAD, 1993, p. 271, trad. nossa). Entende-se que esse modelo de comunicação que envolve o receptor na interação, seria uma forma não instrumental de tratar a comunicação. Ele também cita que,

Do mesmo modo sociofisiológico que no indivíduo humano adquire a autoconsciência, ele também adquire a consciência de outros indivíduos; e a sua consciência de si mesmos e de outros indivíduos é igualmente importante para o seu desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento da sociedade organizada ou grupo social ao qual pertencem (MEAD, 1993, p. 271, trad. nossa).

Para o filósofo, a comunicação é um processo maior que as atividades cooperativas: “o processo de comunicação é mais universal do que a religião universal e que o processo econômico universal, enquanto que serve a ambos” (MEAD, 1993, p. 277, trad. nossa). Assim, compreende-se que esta visão está voltada para uma dimensão mais ampla da comunicação, permeando toda sociedade. Para ele a comunicação é parte do processo social e há sempre uma relação social vinculada ao processo de comunicação.

Segundo Blummer (1969), existem três premissas para a constituição desta teoria. A primeira seria que os humanos agem de acordo com o que eles vivem, a

segunda que o significado das coisas é derivado da interação social ou a partir dela, que a pessoa tem com as pessoas mais próximas delas, e a terceira é que o significado de tais significados é tratado e modificado através de um processo interpretativo usado pela própria pessoa para lidar com as situações ela encontra no seu dia a dia. Assim, o autor relata que “o interacionismo simbólico vê os significados como produtos sociais, como criações que se formam dentro e através das atividades definidoras das pessoas à medida que interagem” (BLUMMER, 1969, p. 5, trad. nossa).

O autor cita que o interacionismo simbólico,

envolve interpretação ou verificação do significado das ações ou observações da outra pessoa, e definição, ou transmissão de indicações a outra pessoa quanto a como ele deve agir. A associação humana consiste em um processo de tal interpretação e definição (BLUMMER, 1969, p. 66, trad. nossa).

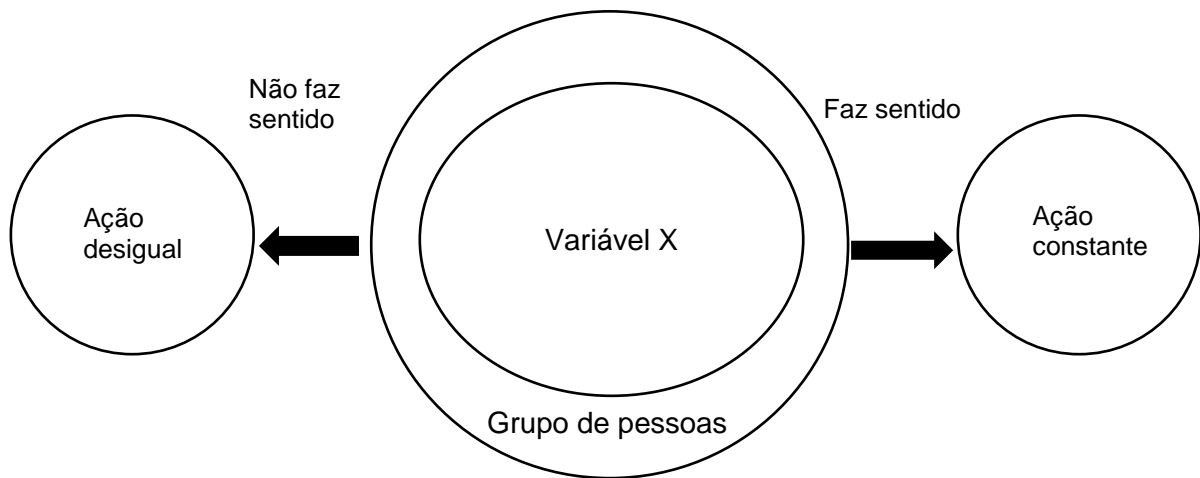
Compreende-se que os relacionamentos que as pessoas desenvolvem ao longo da vida é que define sua maneira de agir e interpretar as situações. De acordo com o autor, as pessoas agem da seguinte forma:

1) isolamento de uma variável independente, consistindo do universo dado de pessoas e da forma dada de comunicação em estudo; 2) a identificação do universo dado de pessoas e o tipo de seu comportamento sujeito ao jogo da forma de comunicação; 3) a identificação da influência resultante, ou a chamada variável "dependente". Sob o esquema, a variável independente é necessariamente quantitativamente homogênea, constante e desigual; também o universo das pessoas, seu tipo de comportamento e as condições circundantes são tratados como definidos e com uma constância lógica (BLUMMER, 1969, p. 186, trad. nossa).

Na figura 3 demonstra-se por meio de ilustração as ideias que Blummer (1969) associa ao processo de interação e ação das pessoas de acordo com o interacionismo simbólico.

Charon (2004) relata que o interacionismo simbólico é uma perspectiva da psicologia social que é especialmente relevante para as preocupações da sociologia. Assim, o autor destaca cinco ideias centrais desta perspectiva definidas em papéis: interação social, pensamento, definição, tempo presente e do ser humano ativo.

Figura 3 – Processo de interação



Fonte: Elaboração da autora Camila Barths (2018)

O papel de interação social foca no comportamento humano com o outro, ou seja, na interação com o outro. Significa que cada ação individual é construída dependendo de outras pessoas que influenciam seus atos. O papel do pensamento está associado à ação humana que além de ser causada pela relação com outros indivíduos, também resulta da interação dentro de cada indivíduo. As nossas ideias e valores ativam o processo do pensamento e este influencia em alguns momentos a interação. Já o papel da definição resulta da interação social e do pensamento. Através disso, define-se como agir em diferentes situações. Referente ao papel do tempo presente, o autor relata que o passado não é central no que se faz. As ações humanas são resultado do que acontece na situação presente. O papel de ser humano ativo se dá no presente, onde define-se o nosso ambiente em relação aos nossos objetivos na situação particular, em vez de agir como produtos passivos desse ambiente, define-se o passado em termos do presente em vez de ver o presente como causado por esse passado (CHARON, 2004).

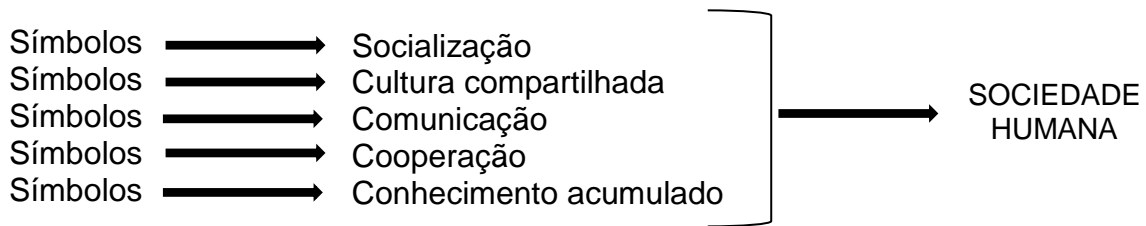
O autor também aborda fortemente a questão dos símbolos como parte da interação relacional, relatando que:

Os símbolos, portanto, são importantes para o ser humano porque são a base tanto para a realidade social quanto para a sociedade. A realidade social é criada na interação simbólica e vemos a realidade através de símbolos que assumimos. A sociedade depende de

símbolos para socialização, cultura, comunicação, cooperação e acumulação de conhecimento (CHARON, 2004, p. 63, trad. nossa).

O teórico cita que o interacionista simbólico enfatiza que todos os seres humanos são atribuídos à sua natureza simbólica. O mundo é simbólico, pois sente, pensa, ouve, compartilha e age simbolicamente. Abaixo, a figura 4 representa o pensamento do autor em relação aos símbolos e como formam a sociedade.

Figura 4 – Símbolos e sociedade



Fonte: adaptado de Charon (2004) por Camila Barths

Percebe-se que os símbolos para essa lente teórica, faz parte da formação do indivíduo social. O autor acredita que a importância do símbolo para o indivíduo pode ser resumida ao combinar todas essas contribuições para o indivíduo em um único ponto central: o ser humano, por causa do símbolo, não responde passivamente a uma realidade que se impõe, mas cria ativamente e recria, categoriza, percebe, pensa, delibera, resolve problemas, transcende espaço e tempo, cria abstrações, cria ideias e recorre todo tempo por meio do símbolo (CHARON, 2004).

Relacionando a teoria do interacionismo simbólico com a realidade das organizações, o autor cita que,

Há, no interacionismo simbólico, nenhum motivo para uma distinção entre os tipos de organização. Cada díade, cada grupo, cada organização, cada situação de interação, cada mundo social, mesmo o mais temporário, é uma Sociedade, ou menos uma Sociedade em um estágio inicial de desenvolvimento (CHARON, 2004, p. 158, trad. nossa).

Compreende-se que nesta teoria, cada organização tem sua realidade, constituindo-se em um cenário específico, porém pode ser afetada por situações

externas a este espaço, nem sempre controláveis. Ou seja, o interacionismo simbólico considera o contexto e as práticas socioculturais.

De acordo com Charon (2004), grupos, organizações, comunidades e sociedades são constituídos por indivíduos que interagem. A sociedade é definida aqui como indivíduos em interação, fazendo coisas como tomada de papéis, comunicação, interpretação uns dos outros, ajuste seus atos uns aos outros, direção e controle do eu, compartilhando perspectivas.

Neste processo de interação com os símbolos e atividades que envolvem as pessoas, a cooperação e a comunicação surgem como elementos intrínsecos a esta realidade. Para o autor,

A cooperação pode envolver objetivos comuns, mas não necessariamente. A cooperação não depende de ter os mesmos objetivos, mas do fato de que a interação é tal que os atores podem usar os recursos uns dos outros para agir efetivamente nas situações encontradas, para lidar com problemas, maiores ou menores (CHARON, 2004, p. 160, trad. nossa).

Percebe-se que a ação de cooperação se dá não apenas diante do atingimento de objetivos, mas também quando as pessoas têm a mesma representação do ato simbólico. Dessa forma, a comunicação tem um significado coletivo, e o autor argumenta que embora este significado coletivo exista nas mentes separadas dos atores individuais, seu conteúdo é definido pela sua comunicação e pelos acordos implícitos e explícitos que é o significado que as coisas devem ter para eles em sua interação (CHARON, 2004).

Para o processo comunicacional por meio da perspectiva relacional, “envolvidos numa situação de reciprocidade, emissor e receptor atuam como protagonistas do processo de construção de sentido que funda a comunicação” (LIMA; BASTOS, 2012, p. 42).

A perspectiva relacional da comunicação encontra no interacionismo simbólico uma forma de compreender as relações sociais. Os autores demonstram em suas teorias como a interação faz parte da socialização, e por consequência, como o processo comunicacional interliga as pessoas, organizações e culturas. Para pensar a comunicação relacional na realidade das organizações, é preciso considerar todos os sujeitos que se relacionam neste contexto e como ocorre o

processo comunicacional, quais são suas diretrizes, estrutura e gestão, pois é por meio da gestão comunicacional que são produzidas as mensagens, estabelecidos os canais, públicos e medidos os impactos.

Este processo passa pela gestão da comunicação, que possui influência na decisão do que comunicar, em qual momento, de que forma, em qual canal, com qual objetivo. Partindo do fato que a pesquisa empírica da tese consulta os gestores de comunicação dos Hospitais Universitários, busca-se a compreensão do papel das assessorias de comunicação destas instituições e dos gestores de comunicação e como estas funções colaboram para a concretização de ações. Neste sentido, aborda-se a seguir as teorizações sobre esse assunto.

2.2 Gestão da Comunicação

Compreender a constituição, estrutura e importância das assessorias de comunicação dentro das organizações, embasará o estudo dos HU's que fazem parte desta investigação.

As instituições públicas se distinguem das privadas principalmente na composição da equipe e no orçamento que é destinado às ações de comunicação, porém, a gestão deve seguir algumas premissas básicas de estrutura e habilidades. De acordo com Almansa (2010, p. 13),

O contínuo desenvolvimento das assessorias de comunicação se apoia na importância adquirida pela comunicação. Na atualidade, a comunicação é básica para a transferência de conhecimento, para a participação e para a evolução em geral.

Compreende-se que é uma área gestora de mudança nas organizações. A autora considera que a assessoria de comunicação deve ter uma estrutura organizada e estar ligada diretamente à alta direção “que coordena e interliga todas ações de comunicação (internas e externas) para criar, manter ou melhorar a imagem da organização perante todos os seus públicos” (ALMANSA, 2010, p. 23). De acordo com a autora, geralmente as assessorias tem sua forma de atuação e processos pré-estabelecidos, e sua proximidade com a alta direção garante acesso direto aos órgãos de decisão. Para ela, houve uma ampliação de funções que

contribuíram para a evolução das assessorias, passando das funções específicas de assessorias de imprensa, “cuja principal ocupação eram as relações informativas com os meios de comunicação, às atuais assessorias, nas quais a comunicação se contempla de forma mais global, bem mais próximas das Relações Públicas” (ALMANSA, 2010, p. 24).

No Brasil existem nomenclaturas como Assessoria, Departamento, Coordenadoria para a equipe que desenvolve as atividades de comunicação nas organizações. Já na Europa o nome mais comum associado a estes setores é Diretoria de Comunicação (Dircom) ou ainda Gabinete de Comunicação. De acordo com a autora, o Dircom deve:

Elaborar planos a curto, médio e longo prazos, realizar programas de comunicação e controle da opinião pública, manter ações específicas (relação direta com a cúpula diretiva, ser intermediário entre a direção e os públicos internos e externos), assessorar a direção em matéria de comunicação e implementar estratégias de comunicação em nível interno e externo (meios de comunicação e públicos externos em geral) (ALMANSA, 2010, p. 30).

A relação próxima à direção, confere à comunicação posição estratégica nas organizações, o que pressupõe tencionamentos nas relações de poder. Esta proximidade remete à participação nas decisões e influência sobre as mensagens que são emitidas pela organização. Para Simões (1995) as relações de poder estão presentes na comunicação entre organização e públicos, e não ocorre de forma gratuita, haverá sempre um interesse vinculado ao poder: “a busca e o controle da informação, da ideologia existente no sistema e também da utilização de certas bases de exercício de poder, estruturadas historicamente” (SIMÕES, 1995, p.111). Este tema retornará no capítulo 5 com maior aprofundamento, porém acredita-se ser importante considerar que a estrutura está vinculada à posição de poder.

Partindo para como são vistos os Gabinetes de comunicação, Ramirez (1995, p. 27) os define como:

As fontes ativas, organizadas e geralmente estáveis de informação que suprem as necessidades comunicativas tanto internas quanto externas das organizações e/ou pessoas de relevância que desejam transmitir de si mesmas uma imagem positiva para a sociedade influenciando desta forma a opinião pública (trad. nossa).

O autor reforça a influência dos gabinetes, sendo eles fontes informativas, participam da produção das mensagens e iniciam todo processo de comunicação. Compreende-se que as estruturas de comunicação nas organizações estão ligadas diretamente à filosofia das mesmas que acreditam no potencial da comunicação. Para gerir a estrutura confiada à comunicação, os gestores são os profissionais da área que podem garantir o retorno das ações positivas que a comunicação desencadeia por meio de seus processos.

De acordo com Fossatti (2006), há um conjunto de categorias que definem o gestor de comunicação: interpessoal, informacional e decisão. Para o autor, a categoria interpessoal “situa o administrador em uma função única para obter informações organizacionais” (p. 72). O gestor de comunicação precisa administrar diferentes fluxos de informações que envolvem processos de comunicação “horizontal, vertical, informal e a meta comunicação” (p. 78).

Fossatti (2006) relata diferentes tipos de mediações que a função de gestor público pode desempenhar, como institucional, participativa, política, informacional, funcional, atípica, compreendendo a comunicação como:

um processo de interação social, democrático participativo, no qual, os agentes de influência têm à sua disposição canais de acesso permanentes, e sua prática responde a um conjunto de mediações cuja gestão é apropriada pelas atividades de jornalismo, relações públicas e publicidade/propaganda (FOSSATTI, 2006, p. 170)

A gestão da comunicação está diretamente ligada à estrutura da organização e aos processos estabelecidos pelas mesmas. Sem essas definições claras, corre-se o risco de tornar-se uma área executiva, atendendo às demandas sem planejamento estratégico que resulte em ações efetivas para a comunicação, organização e seus públicos.

De acordo com Baldissera (2014), atualmente a gestão organizacional está fundamentada na estratégia, que:

orienta para a gestão da cultura, busca suporte nos processos organizados e ordenados, prioriza a estabilidade e afirma ter no gerenciamento da informação e do conhecimento a possibilidade de experimentar ambientes de certezas (mesmo quando o contexto é de

incertezas), assume visibilidade a fala que reafirma a ordem posta (BALDISSERA, 2014, p. 88).

De acordo com publicação realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), onde constam resultados de pesquisa com gestores de comunicação das esferas federal, estadual e municipal referente à gestão da comunicação aplicada à vigilância em saúde, demonstra alguns pontos importantes para pensar a atuação nas práticas destes profissionais, como por exemplo, questões sobre planejamento, decisão, integração, estratégias de comunicação, financiamento, diagnóstico e monitoração e avaliação das ações.

Conforme os resultados da pesquisa, o fluxo de planejamento parte da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde:

Por meio de *briefings*, entre a demanda da área técnica da saúde e a agência de publicidade, responsável pela criação de múltiplas propostas de campanhas. Para além da planificação de uma ação generalizada em todas as áreas nas quais há ocorrência de doenças, o cruzamento de dados epidemiológicos aponta as regiões mais vulneráveis onde haverá um reforço nas ações de comunicação (BRASIL, 2008, p. 68).

A troca constante de gestores é uma realidade que afeta o planejamento da Assessoria, sendo um dos fatores que gera uma descontinuidade nas ações e a ausência de ação de comunicação permanente com base em política específica de comunicação para a saúde (BRASIL, 2008).

Há um calendário que permite a organização de campanhas conforme cada região do país. Neste caso, há – ou deve haver - o envolvimento das esferas estaduais e municipais, que contam com realidades distintas. Em algumas secretarias estaduais a população é envolvida no planejamento de campanhas e a intenção é de democratizar a comunicação e respeitar a cultura local para incorporá-las às campanhas. Já no âmbito municipal, as ações variam conforme cada região e município, que muitas vezes deixam de lado a comunicação por meio da mídia para atuar por meio de agentes comunitários, voluntários e parcerias (BRASIL, 2008).

Os processos de decisão são muito relevantes no fluxo comunicacional, pois a mensagem produzida e emitida é de responsabilidade do gestor de comunicação. Segundo a publicação, “a decisão da aprovação das campanhas, segundo os

gestores federais, é realizada pela Assessoria de Comunicação (Ascom) em conjunto com a área técnica do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2008, p. 74). Também relata que não há uma iniciativa de integração das esferas federal, estadual e municipal para promover campanhas em conjunto, geralmente as secretarias estaduais e municipais cobram do Ministério para receber os materiais de campanhas prontas. Portanto, as estratégias de comunicação, como as escolhas das mídias nas quais serão veiculadas as campanhas, ficam a critério do Ministério, que nem sempre sabe qual a realidade local de onde estas serão recebidas. De acordo com a pesquisa, os gestores indicaram, além das mídias tradicionais, como a televisão, a utilização de publicações científicas, telemarketing e novas tecnologias. Tem-se utilizado inclusive *merchandising* em telenovelas. De forma mais dirigida, são produzidos manuais e guias para serem distribuídos em postos de saúde, e cartas para médicos a fim de realizar sensibilização e alertas para diagnósticos de possíveis doenças (BRASIL, 2008).

O financiamento das ações de comunicação é realizado com recursos públicos, e insuficiente. Segundo a pesquisa, “o orçamento é pequeno se comparado com outros países com sistema de saúde semelhante ao do Brasil” (BRASIL, 2008, p. 87). Na publicação, é relatado que:

a mídia tem sido mais utilizada no âmbito do jornalismo e da publicidade, mas de forma ainda incipiente [...] falta incorporar a comunicação dentro do pacote de medidas voltadas para as ações de prevenção e controle de doenças. Até o momento, a prioridade tem sido a de apenas responder a demandas urgentes da mídia e valer-se de publicidade nas campanhas. Os setores de informação, educação e comunicação das secretarias de saúde são pouco profissionais, o Ministério da Saúde ainda é representado como o principal responsável pela saúde do país (BRASIL, 2008, p. 88).

Percebe-se que não existem iniciativas e recursos próprios dos estados e municípios para planejar e executar campanhas voltadas para a saúde. As rubricas não são específicas para comunicação, ou seja, a área não é tratada como estratégica para estes governos.

Alguns gestores relatam que nem sempre as campanhas conseguem modificar o comportamento da população, outros acreditam que não adianta somente transmitir a informação que o hábito não mudará. Outra realidade é que as

equipes técnicas planejam a comunicação, sem o envolvimento da área da comunicação, quando demandam alguma campanha, já realizaram o planejamento. Muitos relatam que passam mais tempo respondendo às acusações da mídia pela má propaganda que fazem, e não conseguem planejar as ações de comunicação.

Referente ao monitoramento das ações de comunicação, os gestores citam que não existem mecanismos para esse acompanhamento. A mesma coisa acontece com a avaliação, que somente tem um processo pelas agências de publicidade, que fazem grupos focais para saber a aceitação das mensagens veiculadas pelo Ministério da Saúde. A avaliação seria essencial para as ações seguintes de comunicação e saber do impacto das campanhas no público-alvo (BRASIL, 2008).

A pesquisa constata que faltam instrumentos e recursos para monitorar a comunicação. Esta foi uma afirmação comum a diferentes gestores atuantes nas três esferas: federal, estadual e municipal:

A saúde, de uma forma geral, sofre de uma pobreza de informação no que se refere ao monitoramento de ações de comunicação; não há monitoramento das campanhas e ações de comunicação em saúde no âmbito federal; não existem instrumentos específicos ou profissionais capacitados para realizar o monitoramento das ações de comunicação (BRASIL, 2008, p. 262).

Os relatos dessa pesquisa são relevantes para a contextualização do cenário público das assessorias de comunicação e compreensão de como ocorre o fluxo e processos entre as esferas executivas dos três poderes. Esta realidade se aproxima dos HU's, devido à sua natureza pública e federal.

Buscando compreender o funcionamento das assessorias de comunicação dos HU's, recorreu-se à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), porém não houve retorno. Com a inexistência de publicação que relate o funcionamento dos HU's, consultou-se o portal na internet. De acordo com o regimento interno da Ebserh, no artigo 37 encontra-se as atividades que competem à Assessoria de Comunicação Social da empresa, que interage com os demais hospitais universitários vinculados. A coordenadoria de comunicação está ligada à vice-presidência executiva e é denominada como Coordenadoria de Comunicação Social (CCS) e a direção da gestão estratégica e a comunicação organizacional está

ligada ao vice-presidente administrativo diretamente. Destacamos do texto, alguns itens para demonstrar como sua estrutura está organizada:

planejar, orientar, coordenar e supervisionar as atividades de comunicação da Ebserh, quanto a jornalismo, publicidade, relações públicas, cerimonial, protocolo e propaganda institucionais; elaborar, supervisionar e avaliar a execução do Plano Anual de Comunicação; orientar tecnicamente as unidades de Comunicação Social das filiais da Ebserh e unidades descentralizadas, na execução de suas atividades, alinhadas às políticas de Comunicação do Ministério da Educação; estabelecer diretrizes para envio de mensagens dos diversos setores da Ebserh aos empregados da Sede, filiais e unidades descentralizadas, bem como administrar informes diversos a serem afixados nos quadros de aviso da Sede; planejar e gerenciar as atividades de web com interface operacional de criação interna para briefing, layout, mídia interna online (banners, selos, popups, flashes, novas áreas, materiais multimídia), bem como propor e monitorar procedimentos de comunicação para 22 meios digitais como internet, tecnologia móvel, redes sociais, blogs, em parceria com a Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, alinhadas com os objetivos de comunicação do Ministério da Educação (EBSERH, 2016).

Percebe-se que há uma preocupação em padronizar a comunicação, web sites dos hospitais filiados, estabelecendo um suporte para seguir a linha de comunicação do Ministério da Educação, órgão que está acima da Ebserh e dos HU's. Esta padronização pretende garantir um discurso unificado dos objetivos desta entidade, porém pode não respeitar as realidades de cada hospital filiado, conforme a região e seus contextos.

As realidades das assessorias de comunicação nos órgãos públicos brasileiros são quase sempre de equipes enxutas, contando também com estagiários para executar atividades estratégicas. Esse fato ocorre pela falta de profissionais da comunicação qualificados e concursados para as funções. Isso acaba prejudicando o aluno em formação no seu aprendizado, com a falta de um supervisor e também a instituição por não contar com a técnica esperada para desenvolver ações comunicacionais. O conjunto destes fatores, interferirá na efetividade da comunicação nas organizações e ainda influenciará na credibilidade do setor sem si.

Este modelo de padronização pode parecer uma solução aos hospitais universitários públicos que possuem assessorias de comunicação recentes, poucos

profissionais e estruturas desestabilizadas pela troca de gestores e funcionários, porém, do ponto de vista da comunicação relacional, compreende-se que os processos precisam ser flexíveis, possibilitando trocas e interpretações de diferentes ângulos, sem limitar e padronizar práticas que podem ser diferentes conforme o contexto sociocultural de cada instituição.

Nessa perspectiva, Oliveira e Paula (2012), trazem o conceito de “estratégia como prática”, de Richard Whittington (1996; 2004), afirmando que, “a perspectiva de prática sobre mudanças de estratégia preocupa-se com a competência central da corporação com a competência prática do gerente como estrategista (WHITTINGTON, 1996, p. 731, trad. nossa). Neste sentido, o gestor deve estar próximo da ação que precisa ser realizada e terá um relacionamento próximo com o público que pretende impactar. Com este posicionamento, o autor propõe um pensamento no qual a organização se preocupe menos com as estratégias da instituição em si, e mais com quem desempenhará a estratégia e seu impacto na sociedade.

O professor da Universidade de Oxford, na Inglaterra, cita que existem quatro perspectivas da estratégia: política, planejamento, processo e prática. Para ele “tratar a estratégia como uma prática implica uma nova direção no pensamento da estratégia”, direcionando essas perspectivas para o planejamento da estratégia pelo gestor e não mais pela organização, e a questão que passa a ser é “como os gerentes e consultores agem e interagem em toda a sequência de tomada de estratégia” (WHITTINGTON, 1996, p. 732, trad. nossa).

Nesse sentido, é preciso considerar que as relações extrapolam as organizações e afetam de alguma forma a sociedade, ou seja, “demanda-se um enfoque que reconheça e considere as questões políticas e sociais que perpassam a sociedade, não se restringindo apenas aos aspectos da organização” (OLIVEIRA; PAULA, 2012, p. 73). Esse enfoque nas decisões do gestor, olhando para o contexto político e social, e não só para dentro da organização, contribui nas reflexões que faremos adiante na abordagem empírica.

A atuação dos gestores de comunicação nas organizações impacta na importância que é dada pela organização à esta área estratégica. Por meio da comunicação as práticas podem ser melhoradas e modificadas, as relações podem

ser desenvolvidas, as estratégias implementadas e a cultura compartilhada. A valorização do papel da comunicação pela direção das organizações, garante que as estruturas sejam adequadas e que a comunicação seja incluída nas definições estratégicas.

Considera-se ainda, que a comunicação está diretamente atrelada à educação em saúde, fazendo parte do processo de conscientização e transformação de hábitos. A mudança nas formas de fazer, passa pelas pessoas e pelas diretrizes dos órgãos que executam as políticas de saúde no país.

Partindo de uma visão básica da comunicação como condição para a interação social, Guareschi (2013) afirma que a comunicação é fundamentalmente educação, e que o comunicador possui função de progredir nas questões democrática, participativa e humanizadora. Neste sentido compreende-se que quando se trata de educação, a conscientização, os hábitos, as atitudes e os comportamentos são elementares.

A comunicação promove a participação, a possibilidade de relacionamentos efetivos não só entre organização e públicos, mas entre as pessoas. Nas organizações mesmo que não haja um departamento, a comunicação está permeando as relações e acontecerá, sendo boa ou não. Assim, parte-se de que sua gestão é essencial para uma comunicação efetiva (D'AZEVEDO, 1971).

Diante das reflexões a cerca da comunicação organizacional e da gestão desta área, é necessário buscar a teoria sobre humanização em saúde, para realizar a interpretação da Política Nacional de Humanização e compreender em qual contexto está inserida.

3 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Com a intenção de compreender o que é a Política Nacional de Humanização do SUS, já que é uma das bases desta pesquisa, este capítulo propõe refletir sobre a humanização em saúde, compreendendo o histórico de elaboração da política, bem como sua implementação e compreensão do conteúdo nela contido. Importa destacar como a comunicação participa dos processos de concretização da política em seu discurso institucional. Antes, porém, será abordado de onde surge o conceito de humanização e o que ele diz em termos de significação.

Falar em humanização nos dias de hoje parece algo simples, afinal a abordagem é sobre humanos, não máquinas que precisariam ser humanizadas. No âmbito da saúde, essa lógica parece ser ainda mais óbvia, pois além do cuidado das pessoas, nos referimos à doentes que estão em tratamento, ou situação delicada a ser resolvida. Entretanto, são em situações de dor, sofrimento e cuidado, que as práticas não são humanizadas em sua totalidade.

De acordo com Minayo (2006),

Na área da saúde, na atualidade, o termo 'humanismo' entrou para a pauta de prioridades como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa e por meio do vocábulo 'humanização'. Humanização do setor Saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (p. 250).

Segundo a autora, há mais ou menos 50 anos, não havia nenhuma preocupação no contexto hospitalar com a humanização. Os objetivos e interesses econômicos do campo da saúde estão presentes nas suas atividades independente do sofrimento das pessoas que estão sendo tratadas, pois oferecem matéria-prima aos cientistas e colocando a vida humana em segundo plano:

as atividades da medicina se equilibram numa tripla ética: a do cuidado desinteressado ao enfermo, o que tem suas origens na caridade e nos sentimentos religiosos; a da pesquisa científica que pensa o corpo humano como objeto de estudo; e, não menos importante, a do negócio, uma vez que o ato médico e todos os dispositivos que giram em torno dele são processos de elevadíssimo valor agregado (MINAYO, 2006, p. 257).

A autora resgata o sentido histórico do conceito de humanismo e destaca que a etapa pós-industrial trouxe novas visões para este conceito, incluindo as mudanças que o desenvolvimento tecnológico trouxe ao modo de vida atual e mostra que a radicalização dos conceitos iluministas, centrados em concepções como a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a racionalidade, levou à veneração da ciência, da técnica e desvalorizou as emoções e as subjetividades:

o humanismo que se deseja para o século XXI é o que restitui o ser humano ao seu lugar solidário com a natureza e que retome como relevâncias da vida a harmonia entre a razão e os sentimentos. É preciso humanizar e responsabilizar o poder cada vez maior da ciência e da técnica (MINAYO, 2006, p. 247).

A pesquisadora Deslandes (2006) traz um contexto dos anos 70, quando foram registradas iniciativas de estruturação em relação à saúde pública e um congresso nos Estados Unidos que debatia as práticas de desumanização e humanização e apontou-se alguns elementos importantes para desencadear a desumanização, sendo eles atribuídos:

à relação médico-paciente; à formação médica; à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos (DESLANDES, 2006, p. 342).

Compreende-se que as lógicas da desumanização também são importantes para o resgate de como os seres humanos mudaram a essência dos cuidados com o passar do tempo, agregando técnicas e perdendo sentimentos. Em seu texto, a autora cita 11 práticas produtoras de desumanização e oito outras práticas humanizadoras, estas identificadas na obra de Howard (1975), publicada entre os anos 60 e 70.

De acordo com Deslandes (2006, p. 380) um dos significados da desumanização seria o de “tratar pessoas como coisas’ (*thinking*), indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica”. As demais práticas são descritas conforme Deslandes (2006): desumanização pela tecnologia; desumanização pela experimentação; pessoa como problema; pessoas de menor valor; não-pessoas; pessoas isoladas;

pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados; pessoas sem escolhas; pessoas interagindo com *icebergs*; e pessoas em ambientes estáticos e estéreis.

A autora ainda menciona questões cruciais na análise crítica do sistema médico e suas formas de desumanização do cuidado, como por exemplo as tecnologias como substitutas (ou mediadoras) das relações e “as lógicas e relações de poder que são instituídas, reproduzidas e atualizadas no sistema de saúde, e por seus partícipes, nos espaços físicos e relacionais” (DESLANDES, 2006, p. 430).

De acordo com Figaro (2014), “é na história que se pode recuperar o registro do percurso da espécie no processo de humanização; as marcas estão no corpo do psiquismo específico do ser humano”, ou seja, a humanização é essencial ao ser humano, mas pode ser acordada ou adormecida conforme as interações por qual passa ao longo de sua vida. Da mesma forma, as relações de trabalho influenciam esta experiência e passam pela comunicação, pois:

A comunicação como processo de interação e construção de sentidos, com base em um universo comum e partilhado, pressupõe compreender que os sentidos desse universo são provenientes da condição intrínseca da atividade humana. Essa é a objetividade das relações intersubjetivas necessárias à comunicação e ao trabalho. (FIGARO, 2014, p. 104).

Ela considera o trabalho como uma modalidade de relação do homem com o meio. Já a comunicação seria a relação do homem com os outros para a realização das atividades de trabalho, no meio organizacional. Nas relações de trabalho, a questão da humanização é relativa, tendo em vista que por muito tempo as relações eram somente instrumentais, com as pessoas operando para atingir os resultados esperados, sem consulta sobre seu bem-estar, forma de tratamento, direito à opinião ou algo que tivesse a ver com a pessoa, sendo priorizado somente o ato de trabalhar. É impossível imaginar que na área da saúde exista algum tipo de processo que não pense na pessoa em primeiro lugar, tanto no paciente quanto no profissional de saúde, porém, conforme Ayres (2005), a definição de humanização da atenção à saúde é “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum” (AYRES, 2005, p. 550). O autor explica que além das questões como as relações pessoais entre terapeutas e

pacientes, aos setores técnicos ou gerenciais das instituições, a humanização também “trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a 'pólis' (AYRES, 2006, p. 607).

A humanização é tema para ser considerada em todas as organizações, porém, nas instituições de saúde, ela se mostra ainda mais necessária pela natureza das atividades, que implicam no cuidado das pessoas. Todos os procedimentos hospitalares que envolvem pessoas, precisam ter o cuidado humanizado, porém, para o avanço dos conhecimentos promovidos pela pesquisa, característica dos hospitais universitários, este cuidado muitas vezes é deixado de lado, desconsiderando a condição humana. É necessário voltar à essência do que nos torna pessoas, do que se constitui uma pessoa e não um objeto, de todos os sentimentos envolvidos em um contexto de dor e imprevisibilidade. A conscientização que a comunicação e a educação podem promover no meio pode ser um caminho para o estabelecimento de ações humanizadoras sem perder o avanço tecnológico. Embora as relações entre tecnologia e humanização possam parecer contrários, é preciso enxergar o fundamento dos avanços tecnológicos e para qual objetivo se vale, se não é para melhorar as condições do cuidado humano, para o que mais seria?

Quando Ayres (2006) coloca que a humanização trata de questões políticas, quer dizer que não depende apenas dos membros das organizações se conscientizarem para esse tema, mas também dos dirigentes estabelecerem como política a ser colocada em prática, deve haver o interesse, uma ideologia que comprometa também a organização como incentivadora da humanização.

Compreende-se que a humanização permeia o meio social, as práticas socioculturais e as organizações de saúde, independentemente da existência de uma política norteadora. Porém, acredita-se que a política seja uma forma de concretizar ações e reforçar ideologias e práticas de saúde. Para tanto, é necessário compreender como surgem as políticas públicas, como se estruturou a Política Nacional de Humanização e quais suas relações com a comunicação.

As políticas públicas surgem na área da saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde. Antes disso, o país não tinha nenhum respaldo, pois os governos tinham como objetivo manter as pessoas com boa saúde para conseguirem trabalhar

e assim aumentar o capital dos empresários e do governo por consequência. Desde o descobrimento do Brasil, apenas no final do século XX que a saúde teve alguma evolução no desenvolvimento de políticas para a saúde, pensando então no ser humano e não somente no capital que estes podiam gerar (BRAGA, 2015).

A definição do termo “política pública” está associada à ordem, segundo Buchholz (1990). O autor relata que políticas públicas são feitas por órgãos públicos e representam os interesses de toda sociedade, respeitando a legislação e a regulamentação pública. Porém, não se restringe a esta simplificação, e cita que “a política pública é proposital, comportamento orientado a metas e não comportamento aleatório ou casual (BUCHHOLZ, 1990, p. 28, trad. nossa), ou seja, demonstra que há complexidade envolvendo ideologias e comportamentos orientados.

Ao envolver a ideologia, pode-se compreender que envolvem modos de operar na sociedade, por meio da legitimação, dissimulação, unificação, fragmentação e reificação (THOMPSON, 2009). Essas estratégias citadas pelo autor, reforçam as construções simbólicas em torno do direcionamento que é dado pela parte dominante da relação. Estes elementos operam na sociedade sem ser percebidos e em forma discursos, notícias veiculadas na mídia, propagandas e por meio das políticas públicas que são instituídas com respaldo governamental.

O autor aborda ainda como é realizada a formulação das políticas públicas, pois não se limita à ação formal, mas envolve grupos de interesse que querem influenciar a opinião pública e o governo por meio de pressões que possam favorecer as grandes corporações, a mídia, entre outros (BUCHHOLZ, 1990). Neste sentido, o processo de desenvolvimento de políticas públicas, é mais uma das formas de manter os interesses das organizações e governo com uma regra a ser seguida, podendo ou não favorecer também a sociedade como um todo.

A PNH nasce por meio do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH) que visava melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, por meio de ações que davam ênfase à melhoria da assistência, focando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. Desde então, a humanização avançou também em outras instâncias do SUS, e o que era

um programa se transforma, em 2003, em uma Política: a Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS, 2004a).

A necessidade da formulação desta política surge em 2000, quando,

O SUS reclamava à época da emergência da humanização como componente da plataforma política da saúde – 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 – por princípios metodológicos que indicassem, então, ‘certo modo de fazer’, haja vista, que o ‘deve ser’ já estava prescrito na base jurídico-legal do sistema de saúde: a saúde no Brasil deve ser para todos, com equidade no acesso a práticas integrais e com participação cidadã (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p. 426).

Assim, através de um prêmio concedido em 2004 para as melhores práticas do sistema - SUS que dá certo – observou-se que as candidaturas apresentavam inovações nos processos, no sentido da gestão e cuidado em saúde, baseados na inclusão, onde a proposta era uma mudança coletiva (PASCHÉ; PASSOS, 2010).

Com isso, as ações de humanização voltam-se também para as demais instâncias da saúde, pois a política objetiva a garantia e efetivação do SUS, através da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde. Assim, a humanização passou a ser a aposta para esta experimentação de mudança nas formas de fazer, de inclusão, e “as práticas de saúde passam a ser entendidas como aposta ético-política na criação coletiva desde a diversidade de necessidades e interesses dos sujeitos” (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p. 426).

Os autores citam que o desafio de lidar com as diferenças nesta proposta de inclusão, é que

A inclusão produz, portanto, a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios, os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p. 426).

Consideram que incluir os trabalhadores na gestão e na produção de um projeto comum, até então gerido por poucos, é desafiador. Para tanto, são necessários processos de mudança em todos os lados, pois desestabiliza o que já está colocado como certo:

a tarefa posta para a PNH compõe uma dobra em que se distinguem, mas não se separam, dois grandes objetivos: (1) qualificar a política pública para que produza mais e melhor saúde (argumento de base ética), o que resultaria na (2) ampliação do valor de uso das práticas do SUS, condição *sine qua non* para que a sociedade o ratifique como a sua opção de política pública de saúde (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 424).

Os autores acreditam que o desafio da PNH, é “superar as iniquidades no acesso e melhorar a qualidade das ações de saúde tomando por referência valores ético-humanitários” (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 426). Para eles, em uma sociedade com tantos valores esquecidos, onde a ética parece não existir, é desafiante colocar em prática com confiabilidade processos de mudança.

Compreende-se que além de promover a inclusão das diferenças, a política institucionalizada não é neutra, e sim, pode ser tendenciosa para algum lado, neste caso, para o lado da instituição, ou seja, o governo. Esta é uma inferência que se baseia nas ideias de Buchholz (1990) quando descreve o processo de formulação e implementação das políticas públicas como um processo político, influenciado por empresas e mídia em um processo de trocas que determinam os bens e serviços fornecidos.

Infere-se que mesmo que a população se beneficie das políticas, sempre haverá uma parte maior beneficiada, como o governo, os laboratórios, grandes grupos médicos e clínicas. Até mesmo as atividades comunicacionais servirão de acesso para os benefícios que podem ser desencadeados na aprovação de uma política.

As divulgações sobre a PNH relatam a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos - usuários, trabalhadores e gestores - implicados no processo de produção de saúde. De acordo com a política, valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Conforme a publicação Cadernos Humanizaus (BRASIL, 2010), a política foi formulada no Ministério da Saúde, “e alcançou em pouco mais de meia década secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, serviços de saúde

em diversos âmbitos do SUS”. Porém, a PNH não se restringe à institucionalidade do SUS, e cria a condição de se constituir efetivamente como uma política pública. Dessa forma, define estratégias para a sua própria constituição como movimento social e político (BRASIL, 2010, 2010).

O documento demonstra que a PNH tem se afirmado em defesa do direito à saúde, da vida e da democracia nas organizações, dando resposta às demandas sociais por humanização na atenção e na gestão, afirmando que:

a PNH não se apresenta como uma política específica de nenhum tipo de serviço de saúde, especialidade profissional ou âmbito gerencial no SUS, de forma que o enfoque sobre as demais políticas de saúde, sem se contrapor a abordagens especializadas, busca compor com elas (BRASIL, 2010, p. 6).

Portanto, a PNH foi aos poucos se estendendo a outras dimensões além da assistência. Percebe-se que há características de multi/transdisciplinaridade em seus princípios, o que fortalece e dissemina a PNH de forma ampla entre as áreas que a compreende, isto é, não são somente do Campo da Saúde, mas das Ciências Sociais e Humanas. De acordo com o governo, a política implica em:

Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (HUMANIZASUS, 2004b, p. 14).

O que propõe o Humanizaus parece ser adequado ao público menos favorecido, porém não se percebe a ação deste texto colocado em prática de forma geral visto pela situação atual da saúde no país.

Os princípios norteadores da PNH são:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização

da informação, da comunicação, da educação (grifo nosso) permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (HUMANIZASUS, 2004a, p. 9-10).

Ter a comunicação e a educação entre os princípios da política, pode conferir a ela um caráter social e democrático, funções dos elementos aqui referenciados. Porém, conforme Buchholz (1990, p. 217, trad. nossa), “a primeira etapa do ciclo de vida das políticas públicas pode ser chamada de estágio da formação da opinião pública”, nesta etapa, a preocupação do gestor, neste caso o governo, é o surgimento e o desenvolvimento da opinião pública. Segundo o autor, o foco principal é o surgimento de questões de interesse para as empresas. Esta seria uma boa estratégia de comunicação que reduz a necessidade de outras opções estratégicas caras e potencialmente problemáticas a longo prazo no ciclo de vida das políticas públicas. O autor cita que

a comunicação tem sido uma preocupação operacional das corporações, como evidenciado pela grande quantidade de tempo, dinheiro e esforço gasto em publicidade e relações públicas. Mais recentemente, a comunicação corporativa foi considerada um componente importante de uma estratégia política. (BUCHHOLZ, 1990, p. 217-218, trad. nossa).

De acordo com o autor, a comunicação tem papel central nas ações estratégicas políticas, refletindo as mudanças no ambiente externo das organizações/governo em relação à preocupação pública com suas atividades: "a comunicação não é simplesmente o meio pelo qual pensamentos, sentimentos e ideias são transmitidos, mas sim, os que os torna possíveis" (MUMBY, 2010, p. 26).

Entre as diretrizes da PNH estão:

Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa (grifo nosso); Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido; estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à

questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos; adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável, viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores (grifo nosso) (HUMANIZASUS, 2004b, p. 29).

Percebemos que algumas diretrizes estão voltadas para a comunicação como processo impulsionador das práticas a serem desenvolvidas. Há diferentes realidades expostas no texto que são eixos para pensar nas diversidades culturais. De acordo com Mumby (2010), a descentralização do sujeito possibilita pensar em perspectivas diferentes de conexão de um com o outro, que é para ele:

exatamente aquela pessoa, aquele grupo, ou até mesmo aquele texto, que apresenta um horizonte de possibilidades diferentes do nosso e que representa risco para nós, porque se engajar ao seu horizonte nos abre a possibilidade de mudança e transformação (MUMBY, 2010, p. 27).

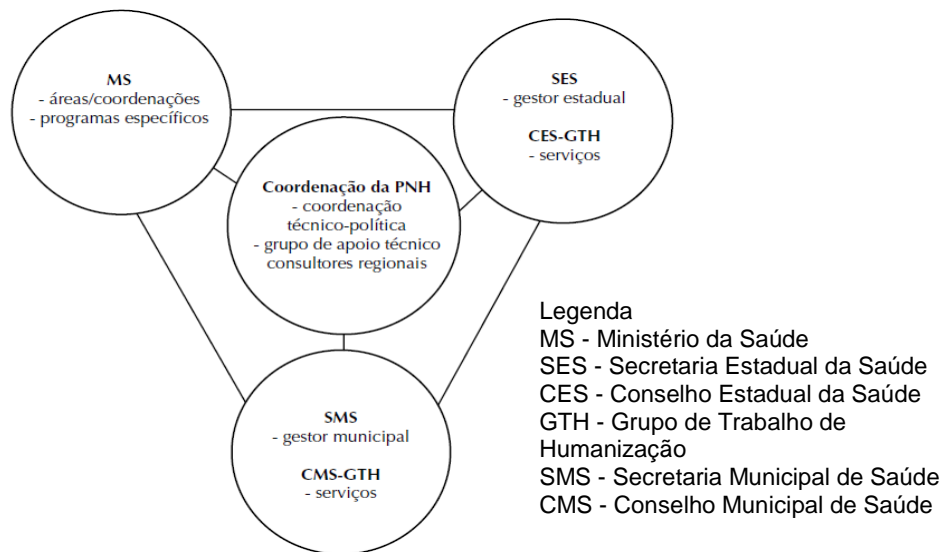
Para o autor, quanto mais realidades diferentes, maior a chance de encontrar uma solução que contemple todos os envolvidos, pois a tendência é sempre padronizar, mas considerar os diferentes contextos pode ser mais efetivo. A PNH propõe ações conforme a realidade de cada hospital, e isso demonstra essa ideia.

As estratégias sugeridas para os gestores na PNH, são divididas em eixos: das instituições do SUS; da gestão do trabalho, do financiamento; da atenção; da educação permanente; da informação/comunicação; e da gestão da PNH. Esses eixos tem a finalidade de obter esses resultados de aplicação da política, e ter um eixo específico para informação/comunicação, é incluir a sociedade na discussão de melhorias para a saúde (HUMANIZASUS, 2004b). Considera-se importante também os eixos da educação permanente, que indica que a PNH “componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação” e o eixo da gestão da PNH, que indica o “acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização” (HUMANIZASUS, 2004b, p. 26).

Quanto ao funcionamento e implementação da PNH, é sugerido que sejam experimentadas propostas de ação, além das já sugeridas pelo Ministério e que

sejam multiplicadas as experiências que derem certo. E afirma que “os processos de debate e pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal do SUS deverão consolidar a Humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de atenção” (HUMANIZASUS, 2004a, p. 20). Na figura 5 está a representação de como funciona a implantação da PNH.

Figura 5 – Diagrama que representa a implementação da PNH



Fonte: Humanizausus (2004a)

Embora o diagrama mostre conexões, percebe-se que o município localizado na parte inferior da imagem, representa as prioridades da política, o que nem sempre pode ser um acerto, visto que cada realidade pode implantá-la como melhor se adequar, como sugere o documento.

Para Buchholz (1990), o último estágio do ciclo de vida das políticas públicas é chamado de estágio de implementação, porque neste momento a legislação é publicada e os regulamentos estão sendo promulgados, que impõem custos e mudanças nas operações na comunidade corporativa. Porém, ao contrário das demais políticas públicas de saúde, a PNH “aposta na construção cotidiana e criativa de interpretações e adaptações. Debater sobre os entendimentos construídos entre formuladores e agentes de implantação da política seria caminho rico” (DESLANDES; MITRE, 2009, p. 647). O que as autoras querem dizer é que a PNH

propõe os Grupos de Trabalho em Humanização, que visam determinar o melhor caminho de implementação para cada instituição de saúde.

De qualquer forma, todos os aspectos que se abordou sobre a política culminam no relacionamento com o ser humano, pois a essência da PNH é a humanização. Desde os princípios até sua implantação, há indicativos para que o diálogo prevaleça, incluindo as pessoas nas decisões.

Pode-se inferir que há um contexto amplo para compreensão de todo o processo, pois abarca o SUS e muitas teorias, mas também práticas que envolvem movimentos políticos e sociais e as instituições que são o nosso foco no estudo. Acredita-se que haja uma evolução positiva nos conceitos de saúde e suas aplicações nas instituições seja um desafio permanente. Inclusive, o desenvolvimento de políticas que possam respaldar as ações das instituições, responsabilizando também os cidadãos e os trabalhadores de saúde pelas condições e prevenções, demonstra que o Estado sozinho não tem dado conta das responsabilidades que competem a ele.

De acordo com Araújo e Cardoso (2007, p. 22), parte-se da premissa de que “políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam e são apropriadas pela população a que se destinam, temos que considerar que a comunicação é inseparável desse processo”. Assim, é necessário que as políticas adquiram visibilidade e sejam convertidas em saberes e práticas, colocando a comunicação organizacional em um papel determinante para o sucesso da política em questão.

Percebe-se que a PNH agrega componentes que aproximam a prática comunicacional com a perspectiva relacional e que é complexa a tarefa de humanizar as relações entre organização e seus públicos, e diante de tamanha “dependência” da comunicação para efetivar as políticas de saúde pública, verifica-se a relevância em abordar os elementos que permeiam sociedade, saúde e comunicação.

De acordo com Deslandes e Mitre (2009, p. 642):

O conceito de humanização já conta com um acúmulo de representações no campo da saúde. Primeiramente, foi entendido, por muitos atores envolvidos no processo de saúde, como uma

possível acusação unilateral e culpabilizante de maus-tratos ao usuário; a seguir, o conceito ultrapassou a noção de caritas e, hoje, ousamos dizer que já enfrenta certo processo de banalização dos desafios que ele anuncia (e, conseqüentemente, esvaziamento).

As autoras atentam para que o debate da humanização não esteja só focado no cuidado, mas também na dimensão ética deste cuidado, na comunicação e no diálogo que se comprometam com a vida e os direitos dos usuários (DESLANDES; MITRE, 2009).

Desta forma, percebe-se que a humanização vai muito além do que consta na política. Está também nas entrelinhas das rotinas sobre práticas em saúde. Estas relações nas organizações são marcadas pelo encontro com o outro, e segundo Caprara e Franco (2006, p. 1065):

o processo comunicativo acontece no contexto das relações preestabelecidas por modelos de assistência cristalizados e acriticamente reproduzidos. Estas ações são diretamente influenciadas tanto pelo contexto onde ocorrem, quanto pelos valores dos grupos sociais aos quais cada membro está vinculado, o que pode gerar distorções como, por exemplo, a supressão da mutualidade, característica implícita em um processo relacional.

Os autores relatam que não existe na literatura médica a abordagem da relação médico-paciente, que é uma relação muito frequente em hospitais, e que as relações nos serviços de saúde são na sua maioria formais, pois existem diferentes categorias de cargos e atividades e em grande quantidade de encontros (CAPRARA; FRANCO, 2006).

Para a conciliação de um atendimento humanizado e a garantia de qualidade é necessário considerar as subjetividades e contexto sociocultural do usuário (ARTMANN; RIVERA, 2006). Porém, sem levar em consideração o local de fala do profissional, seja ele médico ou outro profissional da área da saúde, não se considera a totalidade de subjetividades envolvidas no processo. Há neste sentido, um olhar para o cuidado do cuidador, que deveria ser garantido pela organização a qual está vinculado. Para os autores, uma alternativa para manter a humanização presente no cotidiano das instituições de saúde, seria adotar um modelo de gestão colegiada e participativa:

Essa afirmação sobre as características do modelo de gestão pertinente a uma cultura da comunicação como condição da humanização corresponde a um dos princípios básicos da estratégia, qual seja: a humanização supõe um modelo de gestão colegiada e participativa (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 2880).

Neste modelo deve-se compreender que a comunicação não é a transmissão de informação, mas a garantia de compreensão das mensagens, valorizando também o papel do receptor, ou seja, ela é vista como processual, com mais de uma via, na qual os sujeitos envolvidos são partícipes do todo.

A PNH traz em seu texto possibilidades de práticas que melhorariam a assistência e o cuidado dos pacientes, mas também a saúde do trabalhador em saúde. Porém, não é simples a concretização destas ações, sendo que nem sempre elas chegam a todos os membros da organização.

Ao mesmo tempo em que a PNH parece ser um caminho para melhorar as relações, ela está colocada como um respaldo discursivo de atividades que precisam ser desempenhadas para a humanização na saúde, mas que não garante a efetividade das ações. Alguns trechos da política inclusive sugerem indiretamente mudança na cultura organizacional, o que é possível de acontecer, mas não de forma rápida e fácil. Do texto que compõe as diretrizes, a ampliação do diálogo parece ser a mais possível para se encontrar soluções para todas as áreas da organização sem impor mudanças fora do contexto.

Uma questão que pode ir de encontro à política dificultando sua implementação são os outros programas e políticas de caráter financeiro e administrativo, que geralmente são funcionalistas e impedem outros com características relacionais de se consolidarem.

Para compreender as noções sobre o Campo da Saúde, são apresentados a seguir os conceitos, história e características, buscando embasar as reflexões deste estudo.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PÚBLICAS

Para estudar a comunicação em instituições de saúde, é necessário compreender um pouco sobre a história e políticas de saúde, para assim, realizar os desdobramentos necessários para a pesquisa. No Brasil, a saúde é regulamentada pelo Ministério da Saúde, que tem como função:

oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O ministério deve “garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independente da condição social de cada um” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Percebe-se a responsabilidade dessa instituição para que a saúde seja realmente oferecida aos cidadãos. O papel do gestor federal, assim como o estadual, está no apoio e atuação estratégica para consolidar e propiciar, ao SUS, maior eficiência com qualidade, e uma das atuações está em promover a comunicação social e educação em saúde².

O Ministério responsável em garantir o cumprimento do funcionamento do SUS, tem responsabilidades importantes na formação dos gestores para conduzir o acesso à saúde em todas as esferas executivas. Para compreender como esse sistema surgiu e funciona, será feito um breve histórico sobre o desenvolvimento para a saúde no Brasil.

Embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só foi instituído em 1953, com a Lei nº 1.920. No período de 1966 a 1976 se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no Campo da Saúde, divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social.

² Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto-Lei nº 72/1966, com o objetivo de aumentar a eficiência do sistema. Neste período foi registrada a incorporação da população rural na cobertura de serviços de saúde, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na de forma de contribuição. De acordo com Mercadante (2002), a assistência médico-hospitalar foi ofertada aos trabalhadores rurais, a partir de 1971, conforme a disponibilidade de recursos orçamentários.

Um pouco antes, em 1968 houve uma tentativa de implantar o Plano Nacional e Saúde, que tinha como princípios a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde. Além disso, previa a privatização da rede pública e a “adoção do preceito de livre escolha, pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e complexidade dos procedimentos” (MERCADANTE, 2002, p. 241). Essa concepção foi contestada por entidades sindicais e imprensa, e o Plano foi cancelado.

Houve tentativa posterior de implementar um conjunto de princípios e diretrizes procurando definir os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Tinha como princípios a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual. Mas a tentativa fracassou mais uma vez e um ano mais tarde o Ministério da Previdência Social criou o Plano de Pronta Ação, para:

[..] proporcionar condições para que fosse progressivamente atingida a universalização da previdência social. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. Quando o atendido não fosse previdenciário, as despesas com os serviços prestados limitar-se-iam à duração do estado de emergência (MERCADANTE, 2001, p. 242).

Esse fato foi marcante, pois pela primeira vez a previdência social admitia o uso de seus recursos no atendimento universal, “isto só foi possível em um contexto criado pelas repetidas denúncias na imprensa sobre omissão de socorro que, em

alguns casos, tinha consequências trágicas” (MERCADANTE, 2002, p. 242).

Em 1975, foi instituído oficialmente o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo principal de corrigir a multiplicidade institucional descoordenada no setor público e ficou conceituado como:

O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde (MERCADANTE, 2002, p. 243).

Daí em diante, com a abertura política, surgem novos movimentos sociais, que demandam maior destaque nas pautas dos assuntos sobre saúde pública. Assim, o movimento pela Reforma Sanitária, ganhou força.

Na década de 80 muitos fatos ocorreram para a evolução das políticas de saúde, com destaque para a criação, em 1980, da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN). Sua função principal, segundo Mercadante (2002), era fixar os repasses federais dos Ministérios da Saúde e Previdência Social para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, “além de estabelecer normas de articulação programática entre Ministério da Saúde, Previdência e Educação - hospitais universitários e de ensino” (MERCADANTE, 2002, p. 248).

O autor afirma que ao lado desse quadro político-institucional, a partir de 1985, cresceu um amplo movimento político setorial que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) e elaboração de trabalhos técnicos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde.

Em seguida, em 1988, surgem marcos referenciais que são basilares para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 196 - o direito à saúde deverá ser garantido "mediante políticas econômicas e sociais 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", reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento;

Art. 198 - as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema

único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária³.

Dessa forma, o SUS foi constituído em 1990, pelo conjunto de ações e serviços de saúde, a serem prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (MERCADANTE, 2002).

A consolidação do SUS, baseada na portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, descreve o sistema como: “uma política pública que presta bons serviços à população brasileira”. Conforme o portal do ministério, o SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Seu atendimento anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Com responsabilidade do Ministério da Saúde, os princípios do SUS são a universalidade, equidade e integralidade da assistência:

Tais elementos de natureza doutrinária apontam para a construção de um sistema de saúde que reverta a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002, p. 250).

Para o autor, “o SUS é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto, faz

³ Lei no 8080, art. 4o, caput. A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar CF, art. 199, § 1o; Lei no 8080, art. 4o § 2o, mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência CF, art. 199, § 1o, Lei 8080, art. 25).

parte do esforço da sociedade por qualidade de vida” (MERCADANTE, 2002, p. 292). O autor ainda relata que,

no processo de institucionalização do SUS, a promoção da saúde emerge e se fortalece como diretriz orientadora de uma Política Nacional de Saúde que represente a concretização das estratégias de promoção da saúde, isto é, que tenha como objetivo maior a saúde dos cidadãos, a ser construída com a participação da população, que propicie o desenvolvimento das potencialidades dos cidadãos e que reforce a ação comunitária, além de demonstrar potencialidades para reorganizar o sistema de atenção na perspectiva da saúde (MERCADANTE, 2002, p. 294).

Embora, de acordo com o autor, tenha havido esforços do governo para consolidar o SUS como sistema universal de saúde, a realidade não demonstra que este sistema seja a melhor alternativa ou que atenda os cidadãos que necessitam de tratamento gratuito, que por correto, deveria ter todo cidadão que paga seus impostos. Neste sentido,

As raízes da história sanitária do Brasil são anteriores. Por certo não há raízes que escapem a alguma deterioração ou à má formação. Nossa história da saúde está plena de equívocos, conflitos mal resolvidos e propostas jamais concretizadas, particularmente no tocante à distância entre intenção e gesto – se tivermos em mente as lutas e idéias de nossos sanitaristas e intelectuais de um passado quase remoto, como aqui expusemos em ponto menor e, por outro lado, os resultados incertos de tantas lutas e utopias, para a plena expansão e humanização da estrutura sanitária brasileira. Não obstante, houve conquistas e avanços, em geral desconhecidos por nossos gestores e educadores que formam (e pelas razões aqui expostas, em certa medida também deformam) os recursos humanos para o Sistema Único de Saúde no Brasil (SANTOS; FARIA, 2010, p. 200).

Os autores relatam que nem tudo iniciou após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata), que foi uma grande impulsionadora dos países em desenvolvimento da promoção da saúde e que declara que

a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (UNICEF, 1979, p. 2).

Antes desta conferência, já existiam iniciativas no Brasil, originadas no ensino em saúde que buscaram promover ações de acesso à saúde pública, como o Instituto de Higiene, que mais tarde, se transformaria em Faculdade de Saúde Pública (SANTOS; FARIA, 2010).

A história da saúde no Brasil é recente e há poucos anos existe um sistema que vem se consolidando entre erros e acertos. Compreende-se que nem sempre a preocupação da saúde foi com as pessoas, mas sim com as epidemias e contágios. A valorização da pessoa pode ser colocada nos discursos em primeiro lugar, mas na realidade do dia a dia não é o que se vê nos postos de saúde e hospitais. Não há número suficiente de unidades de saúde para a população, não há eficiência no atendimento, pois sempre há filas para atendimento, os profissionais são desinteressados, faltam profissionais, não há estrutura adequada para o trabalho, e por isso percebe-se que há um abismo entre o discurso do SUS e a realidade. Cada vez menos se investe em saúde e as perspectivas futuras são desestimulantes.

Embora se tenha um cenário contrário ao ideal, os estudos na área da saúde são importantes para compreender o contexto e como se chegou ao conceito atual de nova promoção da saúde.

4.1 Noções Conceituais da Saúde

Atualmente o conceito de saúde utilizado no Brasil é a 'nova promoção de saúde', ainda em adaptação em nossa sociedade. De acordo com Oliveira (2005), a expressão 'promoção da saúde' foi usada pela primeira vez em um documento de 1974, no governo do Canadá, que destacava a "influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte" (OLIVEIRA, 2005, p. 424). Esse movimento da promoção da saúde surgiu como resposta a diversos fatores, como a desilusão quanto aos limites da medicina, contenção de gastos com médico, um cenário sociopolítico que reforçava a autoajuda e a responsabilidade individual pela saúde. A autora cita que "ao invés da 'antiga' saúde pública, que focava nas causas individuais das doenças, o novo movimento enfatizava as influências socioambientais nos padrões de saúde". Assim, essas ideias foram debatidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na

Conferência da OMS em Ottawa, em 1986, na qual foi publicada a Carta de Ottawa que define a promoção da saúde como:

o processo através do qual indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre e melhorar a própria saúde, o que significa o reconhecimento da importância do poder e do controle para a promoção da saúde (OLIVEIRA, 2005, p. 424).

Portanto, há uma diferenciação importante na comparação entre o "antigo" conceito e o "novo". No antigo conceito de saúde pública, a educação em saúde tinha foco na prevenção de doenças, e no novo conceito aponta para a abrangência de objetivos mais amplos, "uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida" (OLIVEIRA, 2005, p. 425). Nesse aspecto, no conceito atual de saúde pública, a educação em saúde tem o objetivo de preparar as pessoas para a uma vida mais saudável, e não está focada apenas na prevenção de doenças.

Além disso, o "novo" conceito de promoção da saúde, se refere à autonomia e preferência pela escolha individual. Para Sicoli e Nascimento (2003), esse conceito está intimamente relacionado à vigilância em saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, pois supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Porém, para Labonte (1996), há nesse conceito alguns fatores que não têm sido considerados, como as condições socioambientais, socioculturais e socioeconômicas, afirmando que:

A pobreza, a precariedade do emprego e a contaminação desempenham um papel cada vez maior em problemas de saúde de nossa empresa e estamos começando a compreender que nem os estilos de vida, nem a epidemia atual de enfermidades crônicas podem ser considerados como algo isolado e separado de nossas estruturas políticas, sociais, econômicas e industriais (LABONTE, 1996, p.153, trad. nossa).

Projeta-se assim uma nova promoção da saúde, com novas perspectivas, afim de associar a saúde à produção social, valorizando determinantes para a transformação social. Conforme Pereira et al. (2000),

O novo paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo (PEREIRA et al., 2000, p.41).

Esses fatores que regem a nova promoção da saúde, são classificados como iniciativas de promoção de saúde. Os programas, as políticas e as atividades planejadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Segundo os autores, a concepção holística, está atrelada às determinações para que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual e pressupõe a compreensão ampliada de saúde; a intersetorialidade está ligada à articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social; o empoderamento é o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde; a participação social compreende o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas; a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar; as ações multi-estratégicas, pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação; e a sustentabilidade visa criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte.

Um dos principais pilares do conceito da “nova promoção da saúde” é a educação. Para Oliveira (2005), é preciso superar a antiga concepção de educação

em saúde, que carrega ideologias conservadoras, que na prática, não condizem com a realidade. A autora aponta para o modelo radical de educação em saúde, parte do conceito nova promoção da saúde, que tem como principal objetivo promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para uma vida vivida com qualidade, objetivos que incluem quatro estágios, segundo Oliveira (2005, p. 428):

- a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal;
- b) estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade;
- c) exame das implicações dessa realidade;
- d) desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la.

A autora cita ainda que o princípio de empoderamento, ou *empowerment* de indivíduos e comunidades vai além da promoção da conscientização, incluindo também, o fornecimento de informações relevantes. Ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde.

Ainda que haja esforços no Campo da Saúde para avançar nas conceituações de saúde e aliar esses conceitos com as práticas, Oliveira (2005, p. 430) cita que “apesar da aceitação da ideia de que saúde é mais do que apenas ausência de doenças, nas sociedades ocidentais contemporâneas a educação em saúde ainda está direcionada à prevenção de doenças”. Ressalta ainda, que o conceito atual, “é resultado de uma racional tomada de decisão quanto ao comportamento pessoal, o que pressupõe que o conhecimento esteja diretamente relacionado à mudança de comportamento”.

Esta afirmação corrobora para o alinhamento da comunicação e educação para a conscientização e para a ação. Somente com o conhecimento e processo comunicacional considerando o contexto no qual os receptores estão inseridos, será possível a mudança de comportamento para efetivar a promoção da saúde. Nas classes menos favorecidas é ainda mais visível a dependência de um profissional da saúde, especialmente os médicos, para receitar medicamentos ou indicar a mudança no estilo de vida. É premissa básica para um país possuir um sistema de saúde que garanta assistência para a população, porém a população precisa estar

consciente até onde vai a sua responsabilidade para a garantia da saúde. Ao mesmo tempo, no Brasil é difícil aplicar a mesma lógica à níveis sociais tão distantes, na qual alguns não tem onde dormir ou o que comer.

Percebe-se que há na nova promoção da saúde, espaço para dialogar com a educação realizada pelas instituições universitárias de saúde públicas. Infere-se que estas organizações tem o papel de formar profissionais e oferecer estrutura adequada para o enfrentamento das mais variadas situações no cenário da saúde pública.

4.2 Criação dos Hospitais Escola e a Educação em Saúde

Os Hospitais Universitários (HU's) atuam como centros de formação de estudantes e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, vinculado à Universidades com cursos na área da saúde. Também possuem papel de destaque na comunidade onde estão inseridos, pois são referência na assistência, ensino e pesquisa.

Os HU's, apesar de também se caracterizarem como instituições de promoção da saúde, estão vinculados ao Ministério da Educação, pelo fato de ter entre seus objetivos, a formação acadêmica. Atualmente grande parte dos HU's são administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que implanta modelos de gestão nos hospitais.

Segundo o Ministério da Educação, órgão a que estão vinculados,

A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

Historicamente, os HU's eram utilizados para treinamentos técnicos das equipes médicas, sem nenhum vínculo com o Sistema de Saúde. Sua gestão não era profissionalizada e nem submetida ao mérito acadêmico, assim, os docentes mais graduados eram os mais influentes. Esses hospitais eram tratados pelo

Ministério da Saúde e pelos gestores do SUS como hospitais não estratégicos na rede de atendimento (TORO, 2005).

Conforme o autor, a partir da implementação da constituição de 1988, com a normatização do SUS, com o objetivo de garantir atendimento a todos os brasileiros, e regido pelos princípios de integralidade e equidade do tratamento, iniciou um movimento considerando os HU's como referência de atendimento complexo. A população passou a contar com instituições de qualidade, porém não estavam preparadas para a gestão dessa demanda de atendimentos. Foi então criada uma comissão com diversas entidades para estudar propostas de melhorias para essas organizações, que visavam, além do aumento financeiro para a sustentação do funcionamento dos hospitais, um contrato que estabelecia quatro tópicos principais: gestão, inserção no SUS, humanização e qualidade (TORO, 2005).

Considera-se que estes tópicos seriam elementos chave para o bom funcionamento dos hospitais, porém muitas vezes esses ideais ficam apenas no discurso e o investimento financeiro e humano não é aplicado no que é importante.

Como foi visto no capítulo anterior, a educação é um dos principais elementos da nova promoção da saúde, e por isso, os HU's estão no cerne do desenvolvimento dos conceitos de saúde no Brasil. São nestas instituições que se qualificam os alunos da área da saúde, com boa estrutura, e que levarão os conhecimentos, experiências, vivências e para outros locais na aproximação com a realidade da população. Assim, estes hospitais, precisam ser exemplo e referência na educação em saúde.

Conforme citou Oliveira (2005), é necessário um modelo radical de educação em saúde, e essa nova proposta deve estar centrada num incremento da consciência crítica das pessoas, e está diretamente relacionada à noção de conscientização. A simples educação de transmitir um conhecimento, sem aplicá-lo, sem compreendê-lo está ultrapassada, é preciso promover muito mais a mudança social do que a transformação pessoal do modelo preventivo. E assim, ao invés de trabalhar com os indivíduos, como alvos isolados, busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos.

Este modelo pressupõe a troca de experiências e a interação social para a promoção na mudança de atitudes em saúde, e infere-se que as questões culturais

seriam importantes para a formação dos grupos. Supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela própria saúde, não apenas tomando decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da saúde.

Percebe-se que a educação em saúde é uma das formas de empoderar as pessoas para as escolhas sobre seu bem-estar, mesmo que esta escolha não seja simples, pois de forma alguma pode-se reduzir a complexidade desse tema que tem muito a avançar. Em meio às subjetividades que envolvem a humanização e a PNH em instituições de saúde, serão debatidos no próximo capítulo quais são os elementos que integram essas relações, a comunicação e a saúde.

5 COMUNICAÇÃO E SAÚDE: ELEMENTOS INTEGRADORES

As políticas de saúde referenciam a comunicação para serem divulgadas, compreendidas e colocadas em prática e compreende-se que a ligação das duas áreas existe há muito tempo, porém foi abordada de diversas maneiras ao longo da história. Araújo et al. (2009, p. 106), citam que as principais características que vincularam esses dois temas nos estudos já realizados foram:

- Forte acento no indivíduo, como responsável por sua saúde; os determinantes sociais das doenças, assim como os econômicos, os políticos e os ambientais são ignorados;
- Privilegiamento das falas autorizadas, particularmente as institucionais que veiculam um saber médico-científico;
- Presença hegemônica dos discursos higienista e preventivista;
- Comunicação vista como transferência de informações de um pólo detentor de conhecimentos para um pólo receptor e desautorizado;
- Abordagem campanhista, focada em investimentos sazonais ou emergenciais.

Os autores que fazem parte de grupo do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (LACES), que integra o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT), relatam em artigo, parte da pesquisa “Políticas e práticas de comunicação no SUS: mapeamento, diagnóstico e metodologia de avaliação”, que demonstram avanços da pesquisa na área. As fragilidades ainda frequentes, demonstram um vasto assunto a ser discutido:

Um campo formado por teorias e métodos, políticas e práticas, instituições e interesses, tensões e negociações. Um campo de interface, que traz na sua gênese a complexidade de dois outros campos por si mesmos multidisciplinares e compósitos, acentuando a necessidade de desenvolvimento de métodos que permitam sua apreensão (ARAÚJO et al., 2009, p. 107).

Cardoso (2003) resgata como a comunicação vem caminhando com a educação em saúde no Brasil. E revela que as práticas educativas e comunicativas foram instituídas em 1920 através da propaganda sanitarista como uma tentativa de “pedagogia civilizatória”, por meio do discurso sanitarista, disseminação de comportamento saudável e preventivo. Assim, vigorava o sistema de comunicação

informativa.

A partir do governo de Vargas (1930), a saúde, comunicação e educação se tornaram estratégicas com objetivos ideológicos, disseminando informações sobre doenças e formas de prevenção. Já nas décadas seguintes, a comunicação figurava como modelagem das políticas públicas de saúde, para intervir nas práticas e costumes da população (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

No período de redemocratização do Brasil, iniciou-se um movimento para pensar a saúde:

de forma ampliada e reconhecer o direito à participação social como um dos pilares da reformulação do sistema de saúde, favoreceu também a problematização e revisão das práticas de educação e comunicação tradicionalmente desenvolvidas (CARDOSO, 2003, p. 22).

Percebeu-se ainda, que a comunicação começa a ser pautada nos grupos sociais, instituições e entidades de saúde, sendo uma possibilidade para democratizar os relacionamentos e as estruturas sociais. Assim, as práticas de comunicação e saúde, tinham predominantemente um caráter instrumental e normatizador, com disputa pelas autoridades sanitárias e ambientais pelo poder da enunciação, utilizando uma comunicação unidirecional, sem direito de escuta (CARDOSO, 2003). A autora cita, que durante o processo de implantação do SUS, houve questionamentos sobre as práticas de comunicação e educação, tencionando essas áreas e promovendo um projeto de acesso às informações oficiais para demonstrar transparência na gestão pública. Porém, compreende-se que a comunicação midiática, nesse período, tinha mais força do que a comunicação dirigida e relacional para abordar as questões de saúde pública, sendo um instrumento de emissão de mensagens, seguindo o modelo informativo, o que não é muito diferente da realidade atual.

Dos anos 90 até pouco tempo, o que existia era um modelo de comunicação, onde prevalecia a transmissão das mensagens no seu modo mais simplista. Conforme Cardoso (2003, p. 25): “as concepções e práticas hegemônicas de educação e comunicação revestem-se, ainda e talvez predominantemente, de um caráter instrumental e normatizador”. Hoje, pode-se afirmar que a realidade está

mudando, mas a passos lentos.

A comunicação e a saúde são atravessadas por outros Campos e por outros elementos, como as políticas públicas, movimentos sociais, educação popular, informação e ciência e tecnologia, e demonstram amplitude em tudo o que pode envolver essa relação:

A comunicação que queremos precisa considerar os contextos, levar em conta os processos políticos de estabelecimentos de prioridades, as condições sociais, materiais, institucionais e também subjetivas de produção de sentidos, e, muito importante, ter a clara importância das relações de poder que determinam e são determinadas pelos processos e pelas práticas comunicativas. A comunicação que queremos, precisa escutar e entender os silêncios, as ausências, amplificar as vozes historicamente abafadas, entender os sentidos “clandestinados” por força das estruturas e práticas autoritárias (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 110-111).

Comunicar é muito mais do que emitir uma mensagem, é compreender os contextos, levar em conta a cultura e os relacionamentos. Fazer este tipo de comunicação é desafiar o próprio campo em suas práticas reprodutoras e impor a filosofia de práticas humanizadoras e relacionais.

Para esta pesquisa, um dos elementos claramente imbricados no processo de comunicação organizacional nos Hospitais Universitários é o relacionamento. Como visto no capítulo anterior, existe a preocupação de autores vinculados à área da saúde, em estabelecer melhorias nas relações médico-paciente, enfatizando que existe um distanciamento e inexistência de abordagem deste assunto no ensino (CAPRARA; FRANCO, 2006).

Já na área da comunicação, França (2009) versa sobre os relacionamentos corporativos, afirmando que as políticas de relacionamento das organizações não acontecem de forma isolada, e cita que:

Não se gerencia apenas parte da organização e dos públicos. Toda ela é um *corpus*, que funciona equilibradamente contando com a ação coordenada e positiva de todos os seus membros, como em qualquer organismo vivo (FRANÇA, 2009, p. 222).

O autor aborda dez referências importantes que devem ser consideradas pelas organizações para a gestão dos relacionamentos corporativos, e entre elas, destacam-se duas:

Evolução do conceito de relacionamentos institucionais em razão do novo posicionamento das organizações diante de seus colaboradores, clientes, fornecedores, acionistas, investidores e outros públicos, que passaram a exigir delas uma ação mais ampla de integração e de positiva interação.

Representação de um instrumento de gestão por meio do qual a organização avalia todos os seus momentos de interação com os públicos e faz com que toda forma de comunicação, conscientemente planejada e utilizada, esteja em harmonia para criar uma base favorável para estabelecer parcerias com os públicos dos quais ela depende (FRANÇA, 2009, p. 223).

Apesar de existir por parte do autor classificações para tipos de relacionamentos, não é a intenção aqui enquadrar e caracterizar cada um deles, mas sim compreender a importância das pessoas nas organizações e dos relacionamentos entre elas, seja qual for o nível hierárquico. Relevante perceber que houve transformações na forma de se relacionar nos últimos tempos, e que mesmo com o advento das redes sociais digitais, o relacionamento presencial se evidencia na literatura como uma etapa anterior, na qual a organização precisa ser vista “como um processo permanente que envolve conhecimentos, comprometimento e colaboração entre as partes” (FRANÇA, 2009, p. 230).

Trazendo as reflexões teóricas para a realidade da natureza das organizações que serão estudadas, tem-se como objetivo fim dos Hospitais Universitários a prestação de serviços de saúde para os cidadãos, com fins sociais e institucionais para a organização. No funcionamento de uma clínica privada, por exemplo, tem-se no relacionamento com os pacientes uma forma de dar retorno sobre o serviço que foi remunerado, é uma troca de bens e serviços por dinheiro. No caso de um hospital universitário, não existe a troca direta do relacionamento pelo dinheiro, é a troca do serviço de saúde que o hospital oferece pela saúde do cidadão. Porém, considera-se que haja a troca simbólica e social, pois é uma instituição pública, criada para atender as demandas de saúde da população – mesmo que nem sempre essa seja a máxima colocada em prática. Há também a troca de conhecimentos, com a formação e aprendizado dos acadêmicos que são beneficiados com os atendimentos que realizam. Não está incluso aqui o lucro, visto de forma tradicional como compra e venda, mas o desenvolvimento de atividades assistenciais que visam garantir a saúde do paciente e a formação acadêmica.

Considera-se que as pesquisas necessitam transformar seu campo de atuação, e produzir avanços significativos para a sociedade. Conforme Braga (2010, p. 50) a comunicação faz parte de um processo de fundação de instituições (comportamentos coletivos), e utiliza o conceito de dispositivos interacionais, definido pelo autor como “contexto disponível segundo lógicas locais”. Essas reflexões se aproximam do que a comunicação pode movimentar em termos de práticas para a transformação da sociedade. O autor ressalta que:

Não é “a mídia”, enquanto tecnologia, veículo ou empresa, que se caracteriza como dispositivo interacional – mas sim subconjuntos de regras e práticas habituais, apenas parcialmente determinados por estas instituições abrangentes. Quando se dá ênfase exclusiva ao nível empresarial da grande mídia (indústria cultural) reduz-se o comunicacional a mero epifenômeno da economia política (BRAGA, 2010, p. 50).

Compreende-se que a comunicação ultrapassa a ideia de mídia com o objetivo de atingir grande número de pessoas com sua influência, mas atua com relevância como um processo de interação.

A mediação das questões relativas à saúde é essencial na vida em sociedade, e os estudos comunicacionais podem revelar elementos para mapear e ampliar as práticas em saúde pública de forma humanizada. Vizer (2011), entende que a relação do indivíduo com a vida acontece através da sociedade e das relações que estabelece entre os contextos e demais indivíduos. O processo comunicacional participa das questões de interesse social:

Se a comunicação se interessa pela “comunicação humana”, as relações interpessoais e a formação do sentido e a atribuição de significado nas relações sociais e os vínculos humanos, esse objeto de estudo requer a construção (ou a adoção) de teorias e hipóteses sobre as relações entre a sociedade e, o indivíduo e a cultura que lhe sirvam de apoio estruturado (VIZER, 2011, p. 84).

Portanto, não é possível tratar a comunicação isoladamente, é essencial considerar que a comunicação emerge da sociedade, possui relação direta com as pessoas, suas experiências individuais e coletivas, suas culturas e vivências cotidianas. Estabelecendo a relação entre a sociedade, comunicação e saúde,

percebe-se que há uma história social e cultural que rege as ações dos indivíduos e os comportamentos sociais:

Ideias, crenças e práticas legitimadas por setores dominantes (classes, grupos) com instrumentos de poder e controle sobre os recursos (sejam esses materiais, de força física ou de conhecimentos) produzem modelos de apropriação social que atraem e recrutam homens e mulheres, por tradição, por convicção ou por interesse. Esse poder de convocação – e os respectivos “mapas mentais” construídos pelo sistema educacional e a experiência – historicamente assegura a produção e reprodução das estruturas organizativas das diferentes instituições (VIZER, 2011, p. 103).

Compreende-se que nem sempre a reprodução das práticas são o melhor caminho para concretizar ações, e mesmo que seja recorrente esse fato na área da comunicação, a ideia é que essas reproduções sejam questionadas e modificadas. A comunicação para Guareschi (2013, p. 35), atualmente:

ocupa todos os espaços e penetra em todos os interstícios da vida. Nas suas múltiplas formas, pictórica, sonora, escrita, digital e analógica, interpessoal e de massa, a comunicação constituiu o ambiente em que se forma o ser humano contemporâneo.

Não se pode fugir ao que coloca o autor quando afirma que vivemos em um sistema capitalista, onde o que tem valor econômico é aquilo onde há trabalho humano. As relações com o trabalho pressupõem relações de conflito, uma vez que o empregador visa o uso da mão-de-obra do empregado para garantir seus lucros:

A partir dessas relações, que se mostram tensas e contraditórias, são criadas e estabelecidas normas, leis, tradições, lendas, mitos, legitimações, decisões, acordos e negociações. O intuito é de reproduzir e legitimar essas relações, muitas vezes desiguais e injustas, originadas de tensões que existiram ou ainda existem nas forças produtivas (GUARESCHI, 2013, p. 63).

Chega-se a conclusões preliminares de que também as políticas de saúde públicas são um meio de resolver os conflitos pelo que passam as organizações de saúde e o Estado no que diz respeito à razão de ser dessas instituições. Especificamente para esta pesquisa pressupõe-se que há um certo interesse em repassar, através da PNH, a responsabilidade para os cidadãos de colocar em prática ações que garantam a qualidade das relações e respalde o trabalho

daqueles que são a razão de ser das organizações (funcionários e cidadãos). Não se pode negar que há benefícios e melhorias descritas para que sejam efetivadas as ações propostas na política, porém, é importante atentar que a comunicação também serve como aparelho ideológico para reprodução das formas de controle (GUARESCHI, 2013).

Considera-se que a relação se dá também por meio do contexto sociocultural das organizações e dos seus públicos. Para compreender o processo de concretização das práticas, é necessário esse mapeamento que se converte em ações através da comunicação e da cultura, que tem relação com os significados, simbolismos, linguagem e a representação dos acontecimentos, pois carregam sentidos que revelam a vivência dos indivíduos (MÜLLER et al., 2010).

Certamente a cultura é um dos elementos que precisa ser considerado para a constituição desta tese, pois compreende-se que todos os aspectos sociais e culturais existentes na produção, emissão, recepção e compreensão das mensagens são essenciais para pensar a comunicação:

Sendo as culturas passíveis de observação e mapeamento, os jogos da linguagem, os sistemas de representação e os discursos em movimento estão presentes nas práticas sociais, os quais dependem e têm relação com os significados (MÜLLER; et al., 2010, p. 118).

Portanto, infere-se que é relevante o estudo de todos os aspectos do processo comunicacional, entre eles, os elementos contextuais, que podem modificar a compreensão das mensagens que as organizações emitem a seus públicos. Elementos que articulam os relacionamentos, a cultura, a educação e as práticas socioculturais são importantes atravessamentos para a comunicação e saúde. Entende-se que estes aspectos fazem parte do contexto social e que são relevantes para realizar os tencionamentos necessários ao tema da pesquisa.

5.1 Contexto Sociocultural e Cultura Organizacional

Quando se realiza esta relação entre o contexto sociocultural com a cultura organizacional, a intenção é articular os dois temas para verificar como estas

questões sociais compõem as organizações e impactam nas suas práticas comunicacionais.

Compreende-se que há especificidades em cada organização, pois é nela que se estabelecem costumes, rotinas, crenças, mitos e tudo o que se pode relacionar com a cultura organizacional. Porém, as questões socioculturais em que os sujeitos que formam a organização estão inseridos, são essenciais para compreender suas práticas:

Trabalhar com a comunicação organizacional e/ou as relações públicas é trabalhar nesse mesmo contexto antropológico e sociológico em que a cultura se constitui. A própria interação social estabelecida pelas organizações está contida e é a ação humana na cultura. Neste ponto, então, articular estes campos com a cultura é perceber as diferentes interfaces das práticas sociais no contexto das organizações e das relações estabelecidas com seus diferentes públicos (GONÇALVES; MARTINS, 2015, p. 3).

Os autores afirmam que as interfaces estabelecidas pela cultura das organizações, podem ser constituídas ao longo da dinâmica social, que é traçada por meio das ações cotidianas de comunicação/relações públicas e cultura (GONÇALVES; MARTINS, 2015). Compreende-se que as ações e reações mais simples em uma organização, são resultado da cultura que permeia o ambiente e que se reproduzem com o passar do tempo, consolidando práticas cotidianas que compõem a cultura organizacional.

De acordo com Müller (2015), é necessário levar em conta os aspectos que impactam as empresas, como hábitos e costumes que são culturais e possuem variação conforme o local onde a organização está inserida. Neste caso, a autora cita que os intermediadores destas diferenças são os gestores, que precisam ter a sensibilidade em articular os relacionamentos. Para a autora:

Mais do que considerar apenas as características do conjunto local, há que se pensar na totalidade de influências externas a este. O que implica num planejamento estratégico dinâmico, ponderando intercâmbios, sem que a “matriz” da cultura organizacional seja abalada. Por isso, ajustes e reformulações passam a ser fundamentais nas práticas que definem (difundem e reforçam) a cultura organizacional, mas estes devem ser realizados de modo a respeitar concomitantemente as bases da cultura constitutiva da

organização e as marcas no espaço no qual a instituição está inserida e é parte integrante (MÜLLER, 2015, p. 72).

Se todas as ações derivam de uma cultura imbricada na organização ou na vivência das pessoas que constituem esta organização, cada pessoa pode ter um entendimento diferente conforme seu contexto. De acordo com Baldissera (2014),

Sujeitos de um grupo sociocultural podem realizar (re)interpretações dos mesmos eventos com diferentes nuances de significação, pois a existência de cada um é atravessada e maculada, entre outras coisas, por suas competências cognitivas, seu processo histórico específico, seu repertório, seu estado psíquico, seu sistema fisiológico, seu domínio linguístico e cultural, seus diversos níveis de saber e suas memórias (BALDISSERA, 2014, p. 90).

O autor faz relação com as teias de significados que a cultura se entrelaça (GEERTZ, 1978), a enxergando como uma estrutura que se articula com outros sistemas para tecer a trama de fios. Nestas articulações, as relações de força entre os sujeitos tendem a manter a ordem, mas ao mesmo tempo é um campo de imaginários, onde existe negociação e disputa, dando lugar a uma (re) organização: “significa dizer que, interagindo na/sobre a cultura, os sujeitos transformam-se e a transformam” (BALDISSERA, 2014, p. 90-91).

Geertz (1978, p. 15), cita que

O homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Esta afirmação, em que Baldissera (2014) se baseia para teorizar sobre a cultura, remete aos sentidos que são produzidos pelas pessoas de acordo com suas experiências ou suas teias de relacionamentos. O comportamento, neste caso, faz a articulação entre as formas culturais que estão presentes nas dimensões simbólicas da ação social, como: “arte, religião, ideologia, ciência, lei, moralidade, senso comum” (GEERTZ, 1978, p. 40). O autor afirma que:

A perspectiva da cultura como “mecanismo de controle” inicia-se com o pressuposto de que o pensamento humano é basicamente tanto social como público – que seu ambiente natural é o pátio familiar, o mercado, e a praça da cidade. Pensar, consiste não nos “acontecimentos da cabeça” (embora sejam necessários

acontecimentos na cabeça e em outros lugares para que ele ocorra), mas num tráfego entre aquilo que foi chamado por G. H. Mead e outros de símbolos significantes - as palavras, para a maioria, mas também os gestos, desenhos, sons musicais, artifícios mecânicos como relógios, ou objetos naturais como jóias - na verdade, qualquer coisa que esteja afastada da simples realidade e que seja usada para impor um significado à experiência (GEERTZ, 1978, p. 57).

Compreende-se que a cultura faz parte da existência humana, expressando as vivências, justificando as ações e comportamentos, transmitindo significado às práticas mais simples. O autor cita que “a cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela – a principal base de sua especificidade” (GEERTZ, 1978, p. 58).

Na realidade das organizações, há compreensão de outras possibilidades dependendo da cultura e dos valores que são estabelecidos, de acordo com Baldissera (2014, p. 94):

“Todavia, para melhor compreender a complexidade desses processos e a impossibilidade de determinação, é preciso articular essa questão ao complexus dimensões da comunicação organizacional (organização “comunicada” “comunicante” e “falada” – três dimensões tecidas juntas).

O autor trabalha com a ideia da dimensão da organização comunicada, que se refere à fala autorizada da organização. Para ele, esta comunicação é quase sempre planejada, e as propostas de valores das organizações “tendam a se exercer de forma mais intensa, imprimindo suas marcas de modo a prescrever as materializações que podem e devem ser realizadas pelos diferentes sujeitos” (BALDISSERA, 2014, p. 94).

Este tencionamento entre o que a organização comunica, de como deseja ser vista e lembrada por meio de sua fala autorizada e a significação que cada sujeito, dentro do grupo sociocultural que está vinculado, apontam ter diferenças consideráveis para o exercício das interações e relações. São estas diferenças que farão sentido - ou não - referente às mensagens que recebem. De acordo com Baldissera (2014, p. 95), as mensagens:

podem se realizar como forças geradoras de desvios, expropriações, explorações, mistificações; podem acionar processos criativos, níveis mais elevados de consciência; podem cometer equívocos

interpretativos e, ainda, empregar táticas do saber-fazer etc., de modo que os sentidos propostos, por mais rígidos que sejam os controles da organização comunicada, podem experimentar elevados graus dispersivos frente às intenções organizativas da fala autorizada.

Percebe-se que por mais que a organização queira determinar uma fala, não significa que esta fala será assimilada conforme sua vontade. Assim, nas organizações que possuem um perfil mais democrático, no sentido de encarar as diferenças como fator de desenvolvimento e integrar as culturas dando espaço para a fala de outras instâncias, que não só a alta administração, tem mais chance de alcançar melhor compreensão da comunicação:

Diante dessa potência comunicativa no âmbito da organização comunicada, é provável que as resistências saiam das zonas de escuridão, dos “porões” organizacionais, e sejam manifestas nos lugares de visibilidade em forma de críticas, sugestões, ideias, podendo resultar em inovação (BALDISSERA, 2014, p. 95).

Frente aos modelos de administração tradicionais, a desorganização é negada, pois representa falta de produtividade, perda de controle e domínio das atividades, porém, quando se fala em comunicação e cultura, é necessário considerar que não há um padrão para determinar certo e errado, mas sim, levar em conta que as complexidades destes processos precisam ser reconhecidas a fim de estabelecer o diálogo e relacionamento:

sua potência poderá ser usufruída no sentido de alcançar níveis mais elevados de: qualidade de vida na organização; realização no trabalho; redução de doenças; sustentabilidade ecossistêmica; clima organizacional positivo; sujeitos predispostos a colaborar entre si; interação; e inovação, que em conjunto, tenderão a se traduzir, também, em desenvolvimento qualificado para a própria organização, capacidade de adaptação e ampliação em seu tempo de permanência no mercado, capital simbólico e imagem-conceito positiva (BALDISSERA, 2014, p. 96).

Para o autor, se a ordem mantém as relações e a cultura organizacional estáticas, a desordem possibilita a criatividade, inovação, perspectivas ampliadas de interação. Desta forma, percebe-se a necessidade de modificar os modelos de administração, pois influenciam em toda organização, principalmente nos relacionamentos. Conforme Baldissera (2014, p. 97),

os sujeitos, ao interagirem, não apenas transformam a cultura organizacional, a organização, pois que geram níveis de desordem, desorganização, mas são transformados por ela. Portadores de cultura exercem-se como forças sobre a cultura organizacional (e a de seus colegas de trabalho), sendo que, a um só tempo, podem corroborar a ordem posta e perturbá-la de modo a exigir sua reorganização.

De acordo Baldissera, a tendência para a compreensão das culturas que se estabelecem como teias de significados, é ter um modelo democrático de participação e protagonismo dos sujeitos nas organizações.

As mudanças e os tencionamentos por meio dos processos comunicativos fazem com que a organização não fique estagnada, e repense sua existência e objetivos frente à dinâmica da cultura, que se modifica “em meios a um contínuo processo de aprendizagem organizacional sobre novos modos de ser, atuar e de resolver problemas” (ALVES, 2014, p. 59).

De acordo com o autor, nas organizações nada é fixo ou para sempre,

O revigoramento da cultura ocorre concomitantemente às situações de conforto entre forças conservadoras e inovadoras, o que conduz a um equilíbrio dinâmico de permanência-mutação ou manutenção-transformação. A cultura pode se desenvolver por caminhos próprios partindo dos diferentes eventos históricos que experimentou (ALVES, 2014, p. 59).

Com a perspectiva da mudança, as culturas organizacionais também acompanham as inovações e transição de estruturas, cada vez mais dinâmicas. Além disso, os relacionamentos também são impactados pela cultura, já que a tendência é que as relações sejam cada vez menos hierarquizadas, possibilitando a comunicação aberta e a participação. Nesta linha, surge a expectativa de relações humanizadas, porém o desenvolvimento humano está em constante evolução e exige tempo e esforços coletivos para que haja este progresso nas organizações como um todo (COSTA, 2014).

As instituições públicas possuem características marcantes, que integram a cultura organizacional, como a burocracia. Suas atividades são regidas por leis e possuem regras bem definidas para cada função. Segundo Costa (2014), a burocracia permite que tudo seja organizado e controlado, nada acontece fora do

que foi estabelecido por atos, decisões ou qualquer outro documento interno que defina alguma regra:

As burocracias foram pensadas com este intuito, de preservar o ambiente interno de decisões políticas, precipitadas ou impensadas. A ideia era de aumentar a previsibilidade e preparar-se para responder às demandas de forma homogênea e rápida. Seria fácil saber o que fazer em cada situação (COSTA, 2014, p. 93).

A maneira de administrar as empresas públicas foram se reproduzindo em um modelo ultrapassado, resultando em processos lentos, duros e inflexíveis. Os funcionários por sua vez, seguem os mesmos moldes em seus comportamentos e rotinas de trabalho, o que acaba por tornar este tipo de organização engessada e lenta para acompanhar as mudanças necessárias. Nem todos os funcionários que trabalham nas organizações públicas seguem o mesmo estilo e ritmo da organização e “se veem tolhidos em suas iniciativas, sem espaço para pôr em prática suas ideias e sua criatividade, e sentem que sua carreira pode ser solapada por questões políticas” (COSTA, 2014, p. 94).

Na estrutura piramidal que estas organizações seguem, existem muitos problemas de comunicação, integração e a “existência de feudos e subculturas fortes e divergentes, conflitos pelo poder e dificuldade no atendimento aos usuários” (COSTA, 2014, p. 94).

Diante de tantos fatores negativos, a autora afirma que esta característica conservadora das organizações públicas vem mudando e melhorando na medida que seus membros e cidadãos usuários dos serviços vem demonstrando insatisfação. Estas ações impulsionam o setor público e buscam melhorias nos processos de gestão administrativa e comunicação entre as partes envolvidas:

o grande desafio para a gestão pública é o de desenvolver mecanismos que permitam imprimir às suas instituições uma cultura dinâmica e inovadora, sem que se percam os valores básicos de cidadania, atendimento de qualidade ao cidadão, conexão com a sociedade e proteção aos membros que lidam com interesses em conflito (COSTA, 2014, p. 94).

Em meio ao modelo estrutural de gestão, considerando as culturas destas organizações e a culturas das pessoas, tem-se muitas tensões postas, que por

vezes não são ditas, mas permeiam as relações, por exemplo, o sentimento de pertencimento, que pode ter relação com o local ou com a cultura: “as relações identitárias que se estabelecem nos lugares por onde os sujeitos circulam estão associadas ao sentimento de pertença a esses espaços” (RADDATZ, 2015, p. 205). A autora que trabalha com o conceito de fronteiras culturais, afirma que essas relações nem sempre vêm da ideia de território, pois outros fatores culturais fazem parte do processo: como os “modos de viver, as oportunidades encontradas, a língua, as afinidades, os gostos e as possíveis sensibilidades” (RADDATZ, 2015, p. 205).

Diante das afirmações da autora, reflete-se sobre a realidade de um país multicultural como o Brasil, onde estão localizados geograficamente os hospitais analisados nesta tese. Em cada região há um contexto diferente, que evidencia as fronteiras culturais existentes. Se por um lado, o modelo de gestão adotado por meio da Ebserh, que deve ser padronizado é seguido como determinação do contrato, por outro lado, tem-se o profissional que atende o paciente, muitas vezes originário de outro Estado, das mais diferentes partes do Brasil que possui um território extenso, e outra cultura.

A PNH sugere em seu texto oficial a adequação ao ambiente e cultura local, portanto, compreende-se que para se ter um ambiente acolhedor e humanizado, é mais do que necessária a percepção das diferentes culturas dos sujeitos envolvidos. Segundo Artmann e Rivera (2006), é imprescindível considerar as mudanças de cultura na organização que depara-se com as questões de mudança e de entrelaçamento de culturas o que influencia na humanização das relações.

Compreende-se que nas organizações, este entrelaçamento de culturas acontece naturalmente, porém, o gestor pode identificar e intermediar as mudanças culturais nas organizações. Os gestores, por vezes no papel de líderes, influenciam nas ações de seus liderados, e tem ligação direta com a sensibilização das pessoas.

As organizações estão repletas de situações que estão relacionadas com a cultura, que não podem ser ignorados pela gestão e pela comunicação. Para que as mudanças ocorram, e os relacionamentos humanizados sejam uma realidade, é preciso trabalhar a comunicação através destas complexidades.

As relações de poder também podem ser consideradas culturais, pois é comum haver um poder institucionalizado nas atividades em organizações de saúde, por exemplo, a profissão do médico que se sobrepõe em importância às demais áreas da saúde. Considera-se que as relações de poder são também um entrave nas ações de humanização, quando a importância que se dá para o assunto dentro das organizações é menor do que deveria ser para que as relações sejam humanizadas. Porém, as relações de poder podem ser uma forma de determinar práticas para que sejam cumpridas dentro da PNH.

5.2 Relações de Poder

Pode-se constatar que a visão crítica de como operam as políticas e a comunicação como instrumentos de validação das mesmas é fato relevante para a constituição desta tese. A teoria de Bourdieu (2012) sobre “os sistemas simbólicos” entendidos como instrumentos de conhecimento e de comunicação que exercem poder estruturado na construção da realidade, impondo uma ordem social e epistemológica, contribui para a reflexão sobre as relações de poder. O autor afirma que as relações de comunicação são sempre relações de poder e que “dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes (ou pelas instituições) envolvidos nessas relações” (BOURDIEU, 2012, p. 11).

Infere-se que essa noção de poder simbólico está também relacionada aos discursos que emitem as organizações sobre suas ideologias. O autor cita que o poder simbólico é tratado como:

poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão de mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo[...]; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao afeto específico de mobilização só se exerce se for *reconhecido* (grifo do autor), que dizer, ignorado como arbitrário (BOURDIEU, 2012, p. 14).

No contexto das instituições hospitalares, especificamente os HU's, a bibliografia nos indica que são organizações repletas de simbolismos, entre eles, as relações de poder. Nesse sentido, Bourdieu (2012) relata que o poder simbólico

determina crenças e legitima o poder das palavras por quem as enuncia, e não pelo significado delas, e afirma que:

só se pode passar para além da alternativa dos modelos energéticos que descrevem as relações sociais como relações de força e dos modelos cibernéticos que fazem delas relações de comunicação, na condição de se descreverem as leis de transformação que regem a transmutação das diferentes espécies de capital em capital simbólico (BOURDIEU, 2012, p. 15).

Essas relações vão sendo legitimadas com o propósito de incorporar as dissimulações desse poder simbólico, exercendo na sociedade consequências reais, sem a suspeita de mecanismos ideológicos e de dominação.

Quando se faz relação com a PNH, pode-se observar que em vários pontos, o discurso emitido pela mesma levanta aspectos que podem ser caracterizados em uma perspectiva de tentativa de mudança das ações que esta política conduz. Se a análise for feita somente no que tem relação direta com as práticas de comunicação, tem-se no discurso da política, que: “utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos” (HUMANIZASUS, 2004b, p. 9-10). Esta mensagem reflete a relevância que é dada à comunicação e o poder simbólico que carrega ao ser responsabilizada pela construção de autonomia, em um espaço onde claramente não se evidencia autonomia, pois nos mesmos princípios norteadores, encontram-se a frase “atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS” (grifo nosso) (HUMANIZASUS, 2004b, p. 9-10). Ou seja, a política deve ser executada conforme outra diretriz, portanto não se vê autonomia neste espaço. Há um poder simbólico permeando este cenário, há uma entidade institucionalizada por trás do discurso que permite a execução das ações, conforme o que está previsto, e compreende-se que haverá algo validando o que está sendo realizado.

Ao mesmo tempo que este poder simbólico opera nas entrelinhas da política, ele pode ser transformador, quando parece enunciar ações que modifiquem a realidade, que faça a inclusão de sujeitos no processo, que respeite a cultura local. Porém, sempre há uma diretriz, um colegiado, a administração, que respalda e

valida as ações. Assim, novamente, percebe-se o poder simbólico operando nesta política.

Ihlen (2009, p. 63, trad. nossa), afirma que o foco da sociologia de Bourdieu está em descobrir “como o mundo social é estruturado, constituído e reproduzido através da luta individual e coletiva para conservar ou transformar o mundo social”. Na abordagem do poder simbólico, ele relata que Bourdieu crítica a autoridade tradicional, demonstrando como alguns dispositivos na sociedade que são dominantes parecem ser "naturais" ou resultantes de escolhas pessoais. Neste sentido, o autor cita que as reflexões sobre o exercício do poder simbólico no processo comunicacional auxiliam a compreender as lutas simbólicas que intermedeiam.

Ao abordar as ideias de Foucault, evidencia-se sua visão do poder através do discurso, mas também de como as organizações hospitalares impõem poder na sua estrutura. Para o autor “o poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder” (FOUCAULT, 2003, p. 253). Neste caso, a comunicação está diretamente presente desde a produção do discurso, até sua recepção. Ele afirma que “o poder não é o sentido do discurso. O discurso é uma série de elementos que operam no interior do mecanismo geral do poder” (FOUCAULT, 2003, p. 254), ou seja, deriva de uma série de acontecimentos por meio do qual o poder é orientado.

Não se pretende aqui confrontar as ideias de Bourdieu e Foucault sobre o conceito de poder, mas sim, enxergar por meios destes autores as relações de poder que se estabelecem nas relações mediadas pela comunicação dentro das organizações. Poder este, que também está na cultura organizacional, mantendo comportamentos e reproduções de práticas que impedem as relações humanizadas. De toda forma, cabe destacar que o pensamento de Bourdieu está voltado a estruturas objetivas, e é a partir delas que os atores agem as formas de poder são estabelecidas:

A ação dos atores sobre essas estruturas objetivas constitui o campo social, dentro do qual ocorrem as disputas entre os agentes possuidores de meios e fins diferenciados e de um *habitus* adquirido por sua socialização prévia ou por aquela praticada dentro do próprio campo. Tais disputas irão contribuir para a conservação ou

transformação da estrutura do campo (CAPPELLE et al., 2005, p. 363).

Bourdieu acredita que as classes dominantes detêm o poder econômico, social e simbólico, e que este poder está interligado nas práticas das sociedades e é reproduzido pelas instituições (CAPPELLE et al., 2005).

Já Foucault está centrado nos efeitos sociais, caracterizando seus estudos como pós-estruturalista, pois considera os aspectos relacionais e vê o poder como produtivo para as relações sociais. Acredita que a construção do poder se dá nas relações que ele enxerga como trocando de posição a todo momento, excluindo a visão unilateral de poder (CAPPELLE et al., 2005).

Foucault (1979) contribui para a compreensão de como foram criados os hospitais e como seus objetivos foram mudando com o passar do tempo. Inicialmente, no final do século XVIII era um local utilizado para os pobres ficarem separados do restante da população, devido ao perigo de contágio. Portanto, não era um lugar de cura, mas sim um lugar para morrer. Essas práticas começaram a mudar quando nos navios marítimos iniciaram os cuidados em pessoas doentes, pois estavam perdendo seus investimentos com os trabalhadores que morriam e os deixavam sem empregados. Assim, iniciou a reorganização hospitalar, quando os homens passaram a ter suas aptidões valorizadas pela sociedade. O autor afirma que “a disciplina é uma técnica de exercício do poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII” (FOUCAULT, 1979, p. 105).

Compreende-se que todas as regras impostas nas organizações hospitalares têm sua origem na disciplina que fundamenta até hoje seu funcionamento, demonstrando o exercício do poder.

O autor ainda relata que os hospitais lidam com muitas questões que desorganizam o sistema, por isso, através da disciplina conseguem controlar a economia, o preço atribuído ao indivíduo e tentam evitar as epidemias. Para ele, “constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 1979, p. 110). O saber possibilita a relação de poder com quem domina os saberes médicos, quem sabe mais e quem transmite os conhecimentos,

pois o hospital também é o local de formação dos profissionais da saúde, onde o indivíduo é objeto da prática e saber.

Esta relação de poder dos hospitais sobre as pessoas, que é delegado aos médicos, muitas vezes é parte da cultura que ao longo do tempo é incorporada pela organização e transmitida aos profissionais e pacientes, mas também pode ser uma forma de reprodução de práticas que mantém o domínio e a disciplina da organização.

De acordo com Esteves (2002), o poder na modernidade se apresenta com características simbólicas associadas a expressões linguísticas, tanto escritas quanto orais e possui diversidade de formas simbólicas podendo ser convencionais ou não. Seus traços estão também nas gestualidades, na forma como se organiza um espaço ou na forma de apresentação. Ele afirma que:

O sentido de algumas expressões hoje em dia tão utilizadas – “figuras de poder”, “espaços de poder”, “sinais de poder” e outras mais do mesmo gênero – torna-se assim perfeitamente claro: todas estas expressões remetem para um universo da política carregado de simbolismo, universo construído a partir das mais diversas (mas absolutamente comuns) formas simbólicas, isto é, recursos de sentido que utilizamos com regularidade em diferentes contextos da nossa vida social (ESTEVES, 2002, p. 222-223).

Para o autor a ideia de poder como mediação, sugere que as formas simbólicas, principalmente a linguagem, estão ordenadas por uma lógica própria, que seria um código de poder que estabelece a experiência no domínio das relações sociais políticas, num modelo operacional e limitado. Sendo assim, a atividade simbólica é a forma como se enxerga o mundo, o que dá sentido tudo que rodeia o homem na sociedade:

dos objectos físicos aos seres naturais, incluindo o seu próprio mundo social, constituído tanto pelos outros homens e pelas relações de dependência recíproca que estes estabelecem entre si, como pelo próprio indivíduo, que através da comunicação (e em sociedade) adquire a sua própria identidade ao tornar-se significante para os outros (MEAD, p. 245, 1934 apud ESTEVES, 2002, p. 226).

Esteves (2002) cita que a concepção da construção social da realidade é uma relação mediada com o mundo em que vivemos, pois tudo tem um valor que é simbólico de acordo com o que associamos a determinada forma simbólica. O autor

distingue os poderes executivo e comunicacional, sendo o primeiro um poder de regulação e o segundo um poder para abertura ao mundo da vida: “através dos contextos informacionais de comunicação que tem a sua origem nos espaços públicos de cidadania, na rede das múltiplas associações sociais, e, ainda, na própria esfera da vida privada” (ESTEVEVES, 2002, p. 229).

Fazendo estas reflexões sobre o significado dos poderes na vida social, o autor relata que a comunicação passa a ter um papel essencial na relação com o poder, perdendo o caráter impreciso e flutuante:

A comunicação adquire verdadeiro estatuto de conceito; definido a partir de uma base formal, mas suficientemente preciso e com caráter normativo de forma a tornar explícita uma relação substancial com o poder: a comunicação em termos racionais argumentativos não define já uma mera “relação” com o poder, assume antes o estatuto de verdadeira base de legitimação do poder – uma relação precisa e não mais ou menos vaga e aleatória (ESTEVEVES, 2002, p. 245-246).

O autor afirma que a comunicação legitima o poder, e que confere à realidade uma abertura que possibilita problematizar as práticas sociais, e relata que “o conceito de ‘comunicação’ vale para problematizar – e não para normalizar – as práticas de linguagem, para perscrutar de forma mais rigorosa a sua diversidade e complexidade” (ESTEVEVES, 2002, p. 247). Para ele, a noção de poder precisa ser considerada como um fenômeno social, que faz parte da sociedade e tem a ver diretamente com as questões políticas:

É esta uma forma de poder talvez mais difusa e indefinida, mas menos abstracta que qualquer das anteriormente analisadas: remete às práticas sociais concretas, a relações sensíveis e empiricamente apreensíveis das pessoas com a política. O mítico e fantasmático “discurso do poder” dá lugar, então, a práticas discursivas de mediação política, ao nível da linguagem quotidiana, através das quais as relações de poder específicas tomam forma (ESTEVEVES, 2002, p. 247-248).

O poder nas sociedades modernas tem sentido na articulação comunicacional através das práticas de linguagem humana. O autor afirma que “a relação poder-comunicação só tem pleno sentido quando o poder assume dimensão humana (ética e moral) e quando a comunicação constitui um verdadeiro quadro simbólico de experiência” (ESTEVEVES, 2002, p. 266).

Pode-se constatar que essa visão crítica de como operam as políticas e a comunicação como instrumentos de validação das mesmas é fato relevante para as reflexões desta tese. Em um espaço complexo de relações mediadas quase sempre pelo sentimento de medo - de perder a vida - do paciente, dos familiares, a sua própria – a comunicação tem um papel árduo, de mediar as mensagens carregadas de simbolismos e ideologias, com as mais diferentes interpretações, conforme o público que as recebe. Desta forma, a comunicação está presente como uma forma de nortear as ações, porém carregadas de poder simbólico que remetem a instâncias que regulam sua concretização. Por mais que haja tentativa de dissociar a comunicação das práticas de reprodução dos discursos, as formas de gestão vistas na bibliografia levam a esta realidade e perpetuam a cultura da comunicação instrumental ou influenciadora para o lado de quem domina as relações.

Portanto, por mais que seja um papel árduo, o de mediar as relações tendo tantos elementos a considerar, a comunicação tem nas suas funções, o poder de concretização e transformação, mesmo que direcionadas por uma instituição. É neste caminho que as mensagens podem ser interpretadas como uma forma de mudança, de participação e de concretizações de ações que contribuam para o relacionamento por meio da comunicação.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para percorrer todo o trajeto da pesquisa estabeleceu-se a abordagem qualitativa, que se justifica por ser adequada para a compreensão da natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 2010). Além disso, promove uma ruptura com a lógica instrumental, que:

descentraliza o foco da pesquisa dos instrumentos e o coloca nos sujeitos que serão pesquisados, nos contextos em que eles atuam e nas interações que caracterizam o processo da pesquisa. A pesquisa compreendida como um processo social e subjetivo modifica as prioridades estabelecidas a partir de uma representação objetivo-instrumental (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 83).

O autor ainda ressalta que a pesquisa qualitativa tem como característica “a construção de um modelo teórico como via de significação da informação produzida”, que está integrada em “um sistema cuja inteligibilidade é produzida pelo pesquisador” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 103). Ou seja, através da pesquisa qualitativa é possível examinar os fenômenos para compreender os contextos sociais, por meio da interpretação do pesquisador, apoiado em bases teóricas, mas considerando também os aspectos subjetivos.

O método inicial de pesquisa utilizado para embasar o estudo, foi a pesquisa bibliográfica, e seguiu sendo consultada no decorrer da construção da tese. Para Fachin (2003, p. 125), esse método tem como objetivo conduzir a determinado assunto e “proporcionar a produção, coleção, armazenamento reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa”. As principais etapas são o levantamento bibliográfico em fontes primárias e secundárias, a organização dos dados e a redação (FACHIN, 2003).

As organizações que fazem parte do desenvolvimento deste estudo, são os Hospitais Públicos Universitários no Brasil tendo em vista o elemento educacional que essas instituições possuem e o fato de estarem atreladas à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh. A rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais, representados na figura 6, com a sigla IFES (Instituições Federais de Ensino Superior).

Figura 6 – Abrangência da Ebserh



Fonte: site Ebserh (2018)

Como percebe-se na figura acima, apenas 10 HU's e um hospital que tem constituição jurídica de empresa pública não possuem contrato com a Ebserh. As partes envolvidas para a atuação da empresa, são o SUS e as universidades, que são considerados seus clientes. A atuação se dá por meio dos hospitais universitários, conforme figura 7.

Para viabilizar o estudo, definiu-se um hospital por região do Brasil, que tivesse Assessoria de Comunicação própria e contrato com a Ebserh. Para determinar os HU's que foram estudados, utilizou-se os sites institucionais para pesquisa. Alguns hospitais não possuem assessorias próprias e contam com a parceria da Universidade a qual estão vinculadas, o que nem sempre assegura que exista uma política de comunicação dentro da instituição hospitalar. Importante ressaltar que a universidade e o hospital universitário são organizações juridicamente distintas, apesar dos docentes da universidade trabalharem dentro do hospital, os funcionários do hospital não atuam na universidade. Portanto, um dos

critérios foi a escolha de HU's que tivessem assessoria de comunicação própria dos hospitais.

Figura 7 – Funcionamento da EBSERH



Fonte: site Ebserh (2017)

Inicialmente foram selecionados cinco HU's no Brasil, buscando a representatividade de todo território nacional, porém, conforme os contatos foram sendo feitos com os gestores de comunicação, não houve adesão de alguns para participar da entrevista. Nesse caso, passou-se ao próximo HU daquela região, conforme a data de assinatura do contrato com a Ebserh⁴. Quando se chegou a um HU por região, definiu-se os hospitais que fazem parte do estudo. O projeto de pesquisa para realização das entrevistas foi aprovado pelo Comitê de Ética da Ufrgs e cadastrado na Plataforma Brasil sob o nº 2.014.940, obtendo parecer positivo e com CAAE de número 66333317.6.0000.5347

Considera-se que a pesquisa é caracterizada como estudo de caso, pois é indicado na análise de processos e comportamentos dos quais se tem uma

⁴ A exceção é o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que é modelo de gestão para a Ebserh. Além disso, a autora deste trabalho é funcionária da Coordenadoria de Comunicação do HCPA e por motivos éticos não incluiu a instituição nesse estudo.

compreensão limitada (GODOY, 2010). Conforme a autora, este método desempenha um importante papel possibilitando hipóteses explicativas e elaboração de teorias e cita que:

Constituem-se em uma modalidade de pesquisa, especialmente indicada, quando se deseja capturar e entender a dinâmica da vida organizacional, tanto no que diz respeito às atividades e ações formalmente estabelecidas quanto àquelas que são informais, secretas ou mesmo ilícitas (GODOY, 2010, p. 127).

Para Fachin (2003, p. 42), “o direcionamento do método é dado na obtenção de uma descrição e compreensão completas das relações dos fatores em cada caso, sem contar o número de casos envolvidos”. Uma das características importantes para considerar no levantamento dos dados são os aspectos comuns a todos os casos no grupo. Conforme Godoy (2010),

A pesquisa qualitativa, e, mais especificamente o estudo de caso, favorece o engajamento do pesquisador com o cotidiano da administração, proporcionando uma compreensão profunda e ao mesmo tempo ampla e integrada da realidade das organizações. Além disso, espera-se do estudo de caso que ele traga contribuições aos problemas da prática. Ao centrar a atenção numa instância em particular, mas estendendo o olhar para as múltiplas dimensões ali envolvidas, o estudo de caso pode se construir numa rica fonte de informações para medidas de natureza prática e decisões políticas trazendo contribuições tanto para a pesquisa acadêmica quanto para a vida organizacional (GODOY, 2010, p. 144).

Compreende-se que o estudo de caso não é necessariamente aplicado a uma organização específica, mas pode ser considerado para a pesquisa como um projeto de casos múltiplos, que é caracterizado pela aplicação da mesma pesquisa em diferentes organizações, porém considerando a realidade de cada uma. Segundo Yin (2003), os resultados da aplicação do projeto de casos múltiplos, são mais convincentes e mais robustos, do que a aplicação em apenas um caso, mas segue a mesma metodologia para o caso único. O emprego do estudo de caso com mais de um caso, é conduzido em partes separadas, com a produção de um relatório individual de cada um e após chega-se às conclusões de casos cruzados (YIN, 2003).

O estudo de caso colabora para estudar a apropriação das instituições com suas particularidades, contextos e culturas, a respeito de uma mesma política, já os hospitais que foram pesquisados estão localizados em regiões diferentes no país.

Para a coleta de dados, realizou-se entrevista semiestruturada com os gestores de comunicação, que tem como objetivo principal “compreender os significados que os entrevistados atribuem às questões e situações relativas ao tema de interesse” (GODOY, 2010, p. 134). Conforme a autora, este tipo de entrevista também é indicado quando o pesquisador quer captar a forma como os entrevistados interpretam determinados aspectos das suas práticas, que fundamentam opiniões e crenças.

Outra característica da técnica, é que à medida que as questões são realizadas, pode-se alterar o roteiro para obter outros dados. A identificação dessa necessidade, é vista no decorrer da entrevista, e enriquece a coleta de informações. Para o registro das entrevistas, pode-se optar pela gravação com o consentimento do entrevistado ou anotações feitas durante o processo pelo pesquisador (GODOY, 2010).

A amostra está caracterizada como não probabilística intencional com gestores de comunicação dos HU's anteriormente selecionados, ou seja, um por instituição pesquisada. Para a coleta de dados as entrevistas foram realizadas através da ferramenta Skype pela internet, aplicativo WhatsApp e e-mail, devido à distância física. O objetivo foi verificar como percebem a aplicação da PNH na instituição e quais práticas de comunicação organizacional associam a essa política.

Richardson (2010, p. 90) cita que,

a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

O método utilizado será a análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Utilizado nas Ciências Sociais, tem como característica, a análise das comunicações. A autora reforça que não se trata de um instrumento, mas de um conjunto de técnicas, com domínios de aplicações. Apesar de haver compreensão distinta sobre se a análise de conteúdo é qualitativa ou quantitativa, Bardin (2011, p. 26-27) afirma que

Na análise quantitativa, o que serve de informação é a *frequência* com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a *presença* ou a *ausência* de uma característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração.

Quadros et al. (2014, p. 91) relatam que por muito tempo a análise de conteúdo era tida como um método quantitativo, porém ao incorporar a inferência “tornou-se um método híbrido, que reúne elementos qualitativos e quantitativos, e voltando a ser amplamente utilizado em pesquisas, especialmente as da área da comunicação”. Para os autores, por meio desse método, é possível categorizar os dados para sintetizar os dados e possibilitar a interpretação pelo pesquisador (QUADROS et al., 2014).

De acordo com Bardin (2011, p. 36), “a análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo) é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo”. É um método que precisa ser adaptado conforme o conteúdo a ser analisado, porém as regras de base devem ser mantidas, são elas: homogêneas (as partes devem formar o todo), exaustivas (esgotar o texto), exclusivas (cada elemento deve ser classificado em categorias diferentes) e adequadas (adaptadas ao conteúdo). Essas regras visam auxiliar nas categorizações e análises (BARDIN, 2011).

Apesar do nome do método remeter à ação de analisar, a autora relata que “a intenção da análise de conteúdo é a *inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)*” (BARDIN, 2011, p. 44, grifo da autora). As inferências podem auxiliar na resposta a dois tipos de problemas apontados pela autora:

O que levou a determinado enunciado? Este aspecto diz respeito às causas ou antecedentes da mensagem;
Quais as consequências que determinado enunciado vai provavelmente provocar? Isto refere-se aos possíveis efeitos das mensagens (BARDIN, 2011, p. 45).

Entende-se que além da análise, a inferência pode auxiliar na interpretação do conteúdo e a refletir sobre as consequências das mensagens, seu impacto no contexto que foi emitida:

Pertencem, pois, ao domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas, que, embora parciais, são complementares (BARDIN, 2011, p. 48)

Richardson (2010, p .83) complementa que a criação de categorias para a pesquisa qualitativa conduz às observações e independente da dimensão do conteúdo, “é quase certo que sejam encontradas dificuldades quando da análise ordenada das informações”. Compreende-se que a categorização é condição para o bom uso da pesquisa qualitativa e análise de conteúdo, que necessita de rigor assim como qualquer outro método.

Bardin (2011, p. 96), relata que a há um paradoxo nas análises de entrevistas, pois o analista “confronta-se com um conjunto de “x” entrevistas, e o seu objetivo final é poder inferir algo, por meio dessas palavras, a propósito de uma realidade”. A autora complementa que essa realidade pode ser de diferentes naturezas como a psicológica, sociológica, histórica, pedagógica, que representará uma amostra de um grupo social. Ela indica que o analista pode utilizar um quadro categorial clássico para proceder a análise, que privilegiará a frequência dos temas. Porém, somente esta análise pode simplificar os resultados da análise, e por isso, sugere dois níveis de análise: por temas e pela técnica de decifração entrevista por entrevista, para que uma técnica complemente a outra (BARDIN, 2011).

Como parte das respostas à entrevista, serão analisados documentos que foram disponibilizados pelos gestores, como planejamento estratégico e relatório de gestão. Por meio de dados primários, será realizada pesquisa documental em documentos escritos. Conforme Marconi e Lakatos, (2010), esta técnica está restrita à documentos escritos, ou não, e podem ser analisados a qualquer tempo. Os tipos de documentos que serão analisados, “constituem geralmente a fonte mais fidedigna de dados. Podem dizer respeito a atos individuais, ou, ao contrário, atos da vida

política, de alcance municipal, estadual ou nacional” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p, 161).

As autoras também afirmam que não há forma de exercer controle sobre documento, pois são criados de diferentes formas e que o pesquisador “não deve só selecionar o que lhe interessa, como também interpretar e comparar o material, para torná-lo utilizável” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 161).

De acordo com González Rey (2005), ao fazer ciência, existe o desafio de permanecer desenvolvendo os pensamentos teóricos para significar características diferentes do problema que se quer resolver. Por meio da pesquisa qualitativa, com diferentes métodos e técnicas, o estudo foi formatado e refletido, para a construção da pesquisa científica.

6.1 Coleta de Dados

A partir da análise da PNH realizada no desenvolvimento teórico desta pesquisa, foi elaborada entrevista dividido em quatro blocos e 17 perguntas para ser utilizado como instrumento de coleta de dados na entrevista com os gestores de comunicação. Para a construção do questionário foram utilizadas teorias de Fachin (2003) e Godoy (2010), e os temas foram estruturados a cada sequência de perguntas. O documento completo está no apêndice B.

A intenção desta etapa foi verificar como os gestores de comunicação dos HU's percebem a aplicação da PNH na instituição e quais práticas de comunicação são associadas a essa Política. Para isso, a entrevista foi estruturada de forma a compreender como está composta a Assessoria de Comunicação do HU e posteriormente entrou-se nos aspectos de conhecimento da PNH. Na sequência foram realizadas questões sobre a comunicação da política no hospital e o conteúdo das mensagens comunicadas.

Este instrumento serviu de roteiro para as entrevistas realizadas com cinco gestores de hospitais universitários. Os hospitais estão identificados como Hospital A Hospital B, Hospital C, Hospital D e Hospital E. Apesar dos hospitais terem as mesmas características de constituição, cada um fica localizado em uma região do

país, o que configura um contexto distinto a cada um deles. No quadro 1 pode-se ter uma noção de cada região⁵.

Quadro 1 – Características das regiões

Região/Hospital	Características
Centro-Oeste Hospital A	A região formada por 19 municípios de Goiás e três de Minas Gerais dependem do serviço de saúde do DF. A população é de 14.058.094 milhões de habitantes e de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS ⁶ de 2013, publicada em 2015, a maioria da população não possui plano de saúde. Porém, é uma das regiões do país em que o número de pessoas que possuem plano de saúde ainda é superior às regiões Norte e Nordeste. Possui quatro estados e 466 municípios.
Norte Hospital B	A população é de 15.864.454 milhões de pessoas e neste espaço territorial estão contabilizados 449 municípios e sete estados. Apenas 13,3% da população possui plano de saúde, o que significa que a maioria da população utiliza o SUS para ter acesso à assistência. É a região que menos tem plano de saúde no Brasil.
Nordeste Hospital C	Tem 53.081.950 milhões de pessoas, e 84,5% da população utiliza os serviços públicos de saúde. A região é composta por 1.794 municípios e nove estados, sendo a segunda maior região em população do Brasil.
Sudeste	É a região mais populosa, com 80.364.410 milhões de pessoas

⁵ Fonte: www.ibge.gov.br

⁶ informações sobre o desempenho do Sistema Nacional de Saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados.

Hospital D	e onde está localizado o Hospital D. Nesta região se encontra o centro financeiro do país. Em relação à utilização do SUS, 63,1% da população é dependente do sistema público, é a menor adesão comparado às demais regiões.
Sul Hospital E	Possui 27.386.891 milhões de pessoas e aproximadamente um terço da população tem plano de saúde, sendo uma das maiores proporções do Brasil. Na região onde está localizado o Hospital E, são três estados e 1.188 municípios.

Fonte: elaboração pela autora Camila Barths (2018).

Percebe-se que mesmo que cada região possua suas características, todas elas dependem do SUS para atendimento de saúde. Segundo o IBGE (2010), em nível nacional, na área urbana (31,7%), o percentual de pessoas cobertas por plano de saúde era cerca de cinco vezes superior ao observado na área rural (6,2%).

Estes dados demonstram a importância dos HU's em todos os aspectos, principalmente na razão de ser dos mesmos: promover a formação de profissionais de saúde em todos os níveis; investir em pesquisa e extensão respeitando o perfil epidemiológico local e regional, com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde; e ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade à população (EBSERH, 2017).

As questões aos entrevistados não foram respondidas em sua totalidade, pois ao final do terceiro bloco, eles afirmaram que não comunicavam a política. Por isso, como nenhum dos hospitais possui materiais para comunicar a PNH, forneceram os planejamentos estratégicos e relatório de gestão dos HU's, que são apresentados em seguida. Estes documentos foram solicitados pela pesquisadora como uma alternativa à inexistência de materiais de comunicação.

Em relação às entrevistas, inicialmente realizou-se uma "leitura flutuante" dos dados coletados, que foram transcritos das gravações realizadas por *Skype* e *Whatsapp*, para verificar quais elementos foram acionados em cada uma das respostas dos gestores de comunicação. Cabe enfatizar que a preferência da pesquisadora foi por realizar as entrevistas via *Skype*, que mesmo sendo à distância, proporciona aproximação ao visualizar o entrevistado e suas reações, além da

possibilidade de aprofundar as questões. Porém, por opção dos entrevistados que alegaram pouco tempo e não possuíam acesso à plataforma digital, foi utilizado também o *Whatsapp*. Além disso, foram realizados diversos convites aos gestores, e muitos negaram a participação ou não responderam a convite. Este movimento demonstra resistência e falta de abertura à transparência de profissionais que atuam em organizações públicas. Os gestores que aceitaram participar, foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética dos HU's que pertenciam, postergando a realização das entrevista e acesso aos dados. Mesmo diante de diversas dificuldades, foi possível contemplar as regiões prevista no projeto.

Para coletar dos dados planejamentos e relatórios, identificou-se por meio dos recortes, palavras, termos e/ou frases que representassem as informações que são relevantes para complementar os achados do estudo, sendo os temas comunicação e humanização. Com os dados disponíveis, segue-se a análise dos conteúdos e documentos, para na sequência relatar os elementos comparativos entre eles.

6.2 Dados Analisados dos HU's

Nesta etapa foi realizada a exploração do material para em seguida definir as categorias de análise. Definindo como uma fase de pré-análise, Bardin (2011) cita que essa é uma etapa de organização dos dados para estabelecer um programa, que possui três missões: a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração dos de indicadores, intencionando a interpretação final, orientada pelas temáticas.

Buscou-se pelas temáticas que mais apareciam nas respostas dos entrevistados, e seguindo a ordem da entrevista, sendo divididas em três categorias: **estrutura, conhecimento e comunicação da PNH**. No apêndice E, apresenta-se a categorização com seus respectivos conteúdos, separados por hospital. Buscou-se os principais aspectos de cada resposta dentro das categorias para esses enquadramentos dos conteúdos.

No Hospital A, foi relatada que recentemente ocorreu a mudança da gestão, o que está melhorando as condições de estrutura, com a designação de um profissional de comunicação para o cargo de gestor. Atualmente a comunicação não

faz parte do organograma, o que reflete as características da gestão anterior do hospital e da pessoa responsável pelo setor.

Existe um organograma, mas ele não está 100% implantado. Neste organograma que existe hoje a assessoria de comunicação não está lá, então formalmente ela não existe no organograma, mas na prática nós somos uma assessoria ligada à superintendência do hospital (GESTOR DO HOSPITAL A, 2018).

Estar ligada à superintendência do hospital, demonstra que está próxima ao poder de decisão e está sendo valorizada. Apesar disso, há falta de autonomia do setor e as atividades são operacionais. Este fato se deve à equipe ser reduzida, e há consciência do gestor de comunicação que é necessário aumentar e profissionalizar a equipe, além de incluir a comunicação no plano estratégico:

A gente tem uma equipe bem reduzida, não só reduzida, mas desfalcada, porque a gente tem muita necessidade, a gente sofre muito pela necessidade principalmente de designer e publicitário, essas profissões que a gente não tem, não está previsto no plano de cargos da Ebserh (GESTOR DO HOSPITAL A, 2018).

No HU, a comunicação é vista como um macroproblema que afeta outras áreas da organização e por isso foi proposta a criação de uma política e planejamento interno a curto prazo.

De acordo com o relato do entrevistado, percebe-se que a estrutura ainda é desvalorizada, embora existam iniciativas para mudar esta realidade. A padronização da Ebserh em hospitais que não possuem setor de comunicação, pode ser considerada como positiva, pois ao menos garante que exista um setor dedicado às questões comunicacionais e ligados direto à direção. Pensar que há um ano atrás não existia um gestor formado em comunicação em um hospital universitário, dá a dimensão do quanto a comunicação não é compreendida como estratégica nestas organizações, ou que outro profissional com formação diferente consiga desempenhar tal função sem tem a formação acadêmica.

O gestor de comunicação do Hospital A conhece a PNH, porém realizou pesquisa por conta própria quando foi convidado para participar da pesquisa. Ele acredita que a política esteja ligada à Enfermagem e ao acolhimento do paciente no

hospital e cita que não há ações vinculadas à comunicação. Também citou os protocolos operacionais assistenciais e de atendimento que tem a diretriz da humanização e o parto humanizado. Como o gestor tem pouco contato com a equipe assistencial, acredita que eles tenham maior conhecimento da PNH do que os funcionários da parte administrativa, e não tem certeza de os gestores administrativos conheçam.

no hospital a gente ouve falar muito de humanização no dia a dia, na assistência, da necessidade de cumprir as normas existentes, principalmente da assistência à saúde, da equipe de Enfermagem, é...do acolhimento, mas assim, eu não tinha ouvido em nível de gestão nenhuma cobrança de que eu conhecesse a política nacional de comunicação né, e acredito que as minhas colegas não, também assim, desconheçam ou tenham um conhecimento muito raso sobre a política (GESTOR DO HOSPITAL A, 2018).

Compreende-se que o conhecimento da PNH, assim como todas as políticas que norteiam ações nas organizações devem ser de conhecimento de todos os funcionários, mas principalmente dos gestores. A comunicação tem papel essencial no compartilhamento de informações e de campanhas que otimizem a colocação do discurso em práticas, e, portanto, é importante entender as especificidades da área das organizações em que atuam. O gestor de comunicação precisa ter pensamento estratégico e não de executor de tarefas, é necessário estar informado e ter iniciativas mesmo que não seja lembrado em determinadas ações. Precisa mostrar o potencial da comunicação, por meio de planejamentos e alcance de resultados, mensurando os resultados e demonstrando a importância de considerar o contexto e a cultura para a efetividade das ações.

De acordo com o exposto sobre o conhecimento da PNH, pressupõe-se que não há comunicação da política, e foi isso que se comprovou na entrevista, que a comunicação participa publicando matéria jornalística no site do HU. Compreende-se que este tipo de comunicação é instrumental e não garante nenhum tipo de mudança de comportamento ou conscientização.

Em relação ao Hospital B, a estrutura não é muito diferente, pois não há equipe suficiente, a comunicação não tem papel estratégico e não existe política de comunicação. Porém, percebe-se que não há expectativa de melhorias na gestão e

na estrutura, dando a entender que a comunicação seguirá desvalorizada: “Eu trabalho sozinha na comunicação, e fui cedida da universidade para o hospital, porque antes de mim não tinha ninguém” (GESTOR DO HOSPITAL B, 2018).

A assinatura de contrato com a Ebserh foi feita há três anos, tempo suficiente para ter estruturado a comunicação se a direção a enxergasse como estratégica.

Embora não haja estrutura adequada, o gestor diz conhecer a PNH e remete a datas comemorativas, embora não seja apenas estas atividades que sejam resultado da PNH. Também relata que os funcionários conhecem a política, apenas não cita por quais meios. Apesar do conhecimento da política, a comunicação do HU não comunica a PNH e suas ações. Inference-se que este conhecimento é informal, que algumas ações estejam ligadas à humanização e assim passem uma noção de que esteja relacionada à política, porém a comunicação não participa das ações em nenhuma etapa.

No Hospital C, o entrevistado relata que a coordenadoria de comunicação não está no organograma, porém há profissionais de comunicação na atual coordenadoria. Há participação no plano estratégico e foi realizado um plano de comunicação institucional, bem como elaborada política de comunicação. Para desenvolvimento do documento da política de comunicação, uma equipe multidisciplinar participou, demonstrando a integração da comunicação com outras áreas.

Percebe-se que o Hospital C possui estrutura melhor constituída, mesmo não estando no organograma. Ter um planejamento e política de comunicação, respalda as ações comunicacionais na organização e confere à comunicação um papel estratégico.

Existia uma política que foi reformulada agora, como uma das ações do PDE, mas, ainda não foi publicada. Já foi aprovada pela governança do Hospital e passa agora pela análise jurídica. Esta Política foi elaborada com a participação de uma comissão, composta por diversos profissionais, uma equipe multidisciplinar que contribuiu de forma decisiva na construção dessa política (GESTOR DO HOSPITAL C, 2018).

Apesar da estrutura adequada, a PNH é conhecida de forma geral e é atribuída à pesquisa de satisfação pela ouvidoria. Existe uma comissão de

humanização no HU, mas o gestor relata não conhecer as ações. Por meio desta resposta já se percebe que a comunicação não é envolvida e nem procura se envolver nas ações que existem. O entrevistado não sabe se os funcionários conhecem a PNH, portanto se vê um distanciamento entre a comunicação e a PNH.

A assessoria de comunicação não comunica a PNH e demonstra não estar preocupada em participar das ações da comissão, ou até mesmo participar da comissão, aprofundar os conhecimentos da política ou trabalhar na conscientização dos funcionários para levar o conhecimento até eles. Infere-se que se há abertura da direção para que a comunicação tenha uma política própria, composta com outras áreas, deveria também se preocupar em atender todos os interesses do hospital e propor formas relacionais de pensar a comunicação.

O Hospital D não tem equipe de comunicação, e o entrevistado relata que o HU tem uma estrutura boa, porém a comunicação não tem a mesma atenção, por isso infere-se que estrutura do hospital não condiz com a estrutura comunicacional, que possui apenas o gestor, que não possui formação na área. Embora o gestor seja da área da educação, elaborou um plano de comunicação para o setor:

aqui dentro do hospital também eu vejo como tendo um papel estratégico, só que ainda meio que timidamente assim, a gente ainda tá se organizando qual é a melhor forma, então que pega mais mesmo aqui é a questão da comunicação interna então estrategicamente a gente ainda está realizando, este ano foi feito um plano de comunicação, que são as ações que são esperadas para os próximos dois anos de como que este trabalho vai ser feito estrategicamente e a gente está se estruturando aqui dentro do hospital (GESTOR DO HOSPITAL D, 2018).

De acordo com este relato compreende-se que o HU não vê a comunicação como área estratégica. Apesar de estar localizado na região sudeste, onde o acesso à informação e a oferta de trabalhadores com nível superior é maior, o HU não investe na área. Outro fator importante a ser levado em conta é que o gestor de comunicação não é formado na área e não tem mais nenhum profissional da área da comunicação atuando com ele. De acordo com o gestor,

eu já tinha trabalhado em outra empresa no cargo como responsável por alguns cursos e tinha essa questão da comunicação também de divulgação de curso e tal, então quando abriu a vaga aqui no hospital

dessa chefia de comunicação eu trouxe essa experiência como ponto positivo assim, mas eu acabei assumindo essa chefia, e só tem eu, não tem uma equipe né, então sou responsável por tudo, tanto divulgação interna como comunicação interna e divulgação externa (GESTOR DO HOSPITAL D, 2018).

Percebe-se neste HU que a comunicação é totalmente deixada de fora das estratégias da organização e que não conhece as atividades do setor. Ao mesmo tempo, mesmo o gestor não sendo da área, demonstra o potencial da participação da comunicação nas estratégias do hospital.

Em relação ao conhecimento da PNH, relata conhecer superficialmente e que está ligada a datas comemorativas e à assistência. Acredita que a área administrativa não conhece a PNH e cita que o HU não divulga a política, somente as ações que são relacionadas à humanização.

Percebe-se mais uma vez, que a comunicação não é incluída nas questões da PNH, o que por um lado é compreensível, pois possui um funcionário na comunicação, que acumula o cargo de gestor. Por outro lado, entende-se que a PNH não tem importância assim como a comunicação, pois se houvesse interesse, haveria o acionamento da comunicação mesmo com um funcionário.

O entrevistado do Hospital E, relata que a estrutura possui uma equipe maior do que o hospital anterior, por exemplo, mas não são formados em comunicação, cabendo apenas ao gestor esta formação. Relata que existe plano de comunicação e está no organograma do hospital:

existe a política de comunicação social da ebserh e existe um plano de comunicação social que nós fazemos aqui anualmente né então a gente fala segue as diretrizes da política de comunicação social da ebserh que é algo que é para que é de unificar e padronizar os processos de comunicação de todos os hospitais da rede (GESTOR DO HOSPITAL E, 2018).

Essas informações mostram que o HU se importa com a comunicação, porém esbarram nas questões burocráticas de contratação de funcionários com formação, muitas vezes também por questões financeiras. Estar no organograma do HU demonstra a importância que a organização está conferindo ao setor e como a comunicação tem participação nas decisões estratégicas.

O gestor relata conhecer o Comitê de Humanização, mas não a PNH e cita que comunica as ações desenvolvidas pelo Comitê. Percebe-se que apesar de ter boa estrutura, a comunicação mais uma vez não participa da concretização da PNH, que é desconhecida do gestor e dos funcionários da organização.

Com a análise dos conteúdos das entrevistas, infere-se que os HU's não têm estrutura e não conhecem a PNH na sua essência, com aprofundamento, participação na interpretação e discussão do que realmente a PNH quer modificar no cotidiano dos hospitais. Não percebeu-se conhecimento do que seriam ações inovadoras, reprodutoras, ou o que o HU pensa como instituição sobre a PNH. Compreende-se que nenhum dos HU's, considerando as falas dos gestores de comunicação, interpreta a PNH e envolve a comunicação na implementação da mesma, apenas reproduzem por meio dos comitês de humanização o que seria o cumprimento de algumas ações humanizadoras, para constar que praticam a humanização, mesmo que os funcionários não saibam da existência da política.

Conhecer a PNH, é uma oportunidade de refletir sobre as ações de humanização e se realmente são ações de humanização, ou se são apenas discursos vazios de uma situação ideal que nunca será realizada, pois não tem relação com a cultura e contextos destas organizações. O desconhecimento da PNH e comunicar algumas ações, não garante nada, nem que o público vai ler uma matéria sobre humanização. Considera-se que para que haja interesse em saber o que é a humanização, a comunicação deveria intervir mostrando por qual motivo essas ações são realizadas, qual o papel de cada funcionário para humanizar as relações, como podem participar e contribuir, qual o objetivo dessas ações. O que se percebe é que a comunicação e a cultura não estão incluídas neste processo, pois nem o hospital sabe qual o seu papel neste processo e como influencia o meio onde está inserido. Em nenhum momento das entrevistas foi citado algo relacionado com a cultura organizacional ou os contextos socioculturais, mesmo que nas questões não esteja explícito este tema, é curioso e intrigante não estar associada a nenhuma resposta.

Para efeitos de comparação entre as falas dos gestores de comunicação e os documentos de gestão disponibilizados, foi realizada análise documental, de onde foram recortadas as informações que possuíam relação com a comunicação e a

humanização. Identificou-se as principais inferências a respeito de como esses temas são abordados no documento, para análise e comparação com as informações coletadas nas entrevistas com os gestores.

Os planejamentos e relatório são considerados documentos de gestão que norteiam as ações e prestam conta sobre a administração das empresas. De acordo com Oliveira (2010, p. 17),

o planejamento estratégico é um processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela empresa, visando ao otimizado grau de interação com os fatores externos – não controláveis – e atuando de forma inovadora e diferenciada.

O autor afirma que a elaboração deste documento é de responsabilidade dos cargos mais elevados da organização e é constituído pelos objetivos e estratégias para sua consolidação. Leva em conta os aspectos internos e externos e as premissas básicas como as políticas da empresa para que exista coerência entre o que se planeja e o que é possível executar (OLIVEIRA, 2010).

Referente ao relatório, compreende-se que seja equivalente ao balanço social, que é “uma técnica utilizada para medir a resposta social da empresa em sua projeção externa para dar conhecimento à sociedade” (NESTARES, 1999, p. 393. trad. nossa). A autora cita que esta é a “maneira mais objetiva que se pode concretizar o que a empresa efetuou no nível social, e a resposta que tem dado às demandas da sociedade” (NESTARES, 1999, p. 393. trad. nossa). Este documento é uma importante forma de diálogo da empresa com a sociedade por meio das políticas de informação e de comunicação social.

Considera-se que estes materiais disponibilizados, são documentos que representam os objetivos por meio do discurso da organização comunicada (BALDISSERA, 2014). Compreende-se que as informações contidas são oficiais e são o ponto de partida para a definição ou prestação de contas das atividades dos HU's.

Os principais temas para a análise documental apresentada no apêndice F. No planejamento estratégico do Hospital A, constam informações sobre comunicação sempre atribuídas a algum problema, como se ela não existisse e

precisasse ser melhor definida para a qualidade, entre setores, para falar com os funcionários, na divulgação de ações. Não se encontrou a comunicação ligada ao planejamento estratégico, a campanhas, a ações de relacionamento.

Compreende-se que a comunicação está atrelada à outras atividades que não são a área fim da comunicação, e que não está claro o que é comunicação organizacional e o que é comunicação interpessoal. Percebe-se que alguns elementos relatados são importantes para a análise, como a definição de processos comunicacionais, a contribuição da comunicação em diferentes processos, a comunicação para melhorar o sentimento de pertencimento, o engajamento e a divulgação. Infere-se que nem todos os elementos tem soluções apenas com a comunicação, porém o envolvimento pode contribuir para a melhoria dos processos.

Em relação à humanização, tem-se como objetivo no planejamento, implementar a cultura de humanização na instituição e é relatado que em 2008 foi iniciada a implantação da Política Nacional de Humanização, fortalecendo o alinhamento com as políticas assistenciais prioritárias para o SUS. No documento está claro que um dos objetivos específicos é implementar a cultura de humanização na instituição buscando a eficiência e eficácia na assistência integral ao paciente. Compreende-se que este HU tem no seu planejamento a inclusão da PNH muito clara como discurso, que leva em conta além da política, a cultura de humanização e a orientação dos agentes envolvidos. Demonstra comprometimento com a disseminação de conhecimento sobre a PNH e sua implementação.

No Hospital B, é citada a implantação da Assessoria de Comunicação (ASCOM) como um marco nas ações do ano de 2016 do relatório, após a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) assumir a gestão plena da unidade hospitalar. É relatado que antes da federalização, as questões relacionadas ao segmento eram realizadas pela Secretaria de Comunicação do Governo do Estado, quando demandados pelo Hospital B. Aqui já se percebe uma melhoria relacionada à comunicação, que atualmente possui sua assessoria própria. São relatadas algumas ações de motivação dos funcionários como referenciando a comunicação interna, com o envio de cartão de aniversário para o e-mail dos funcionários, e a parceria da Unidade de Comunicação nos eventos voltados a este público, com a cobertura jornalística e apoio na organização. Citam ainda a necessidade de ampliar

os canais de comunicação, em parceria com o setor de informática, e pretendiam em 2017 a criação da intranet e a produção de informativo mensal específico para os colaboradores, de modo que a governança teria um espaço para dialogar e os funcionários poderiam interagir entre si.

Percebe-se que o relatório além de conter as atividades desenvolvidas, também projeta planos para um futuro próximo, como a ampliação dos canais de comunicação e criação de perfil nas redes sociais, trabalhar a identidade visual da unidade hospitalar e desenvolver campanha institucional de divulgação do Plano de Desenvolvimento Estratégico do Hospital B 2017-2018 em parceria com a chefia de planejamento.

Neste relatório percebe-se a valorização da comunicação, como um setor recente que precisa ser desenvolvido, mas que tem apoio da direção para tal crescimento. Não se encontrou relação com as ações de humanização relacionadas aos valores do hospital, atenção à saúde, gestão do cuidado e desenvolvimento da PNH. No relatório é citada a criação do Grupo de Trabalho em Humanização e relata-se um diagnóstico realizado por técnicos do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (ISL-EP), no início do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS. Neste diagnóstico identificou-se que a aderência do hospital às boas práticas no âmbito de Humanização da Saúde apresentou impacto positivo, devido à promoção do acolhimento ao usuário. Estão relacionadas à política os direitos e deveres dos acompanhantes, e o serviço de Ouvidoria. Também é relatado que a PNH foi discutida na primeira reunião do Grupo de Trabalho em Humanização onde estavam presentes os gestores do HU. Além disso, a PNH está relacionada à responsabilidade social por meio dos eventos promovidos pelo HU inclusive nas áreas de internação.

Compreende-se que este HU está comprometido com a PNH por meio do Grupo de Trabalho e das diretrizes da organização em si que valoriza as ações desenvolvidas, tanto que estão citadas no relatório de gestão. Este foi o único HU que disponibilizou o relatório de gestão e não o planejamento, que possivelmente não tenha sido elaborado antes da assinatura de contrato com a Ebserh. Embora não se tenha acesso ao planejamento, percebe-se que o relatório está completo e possui diversas ações contemplando a comunicação e a humanização, porém as

ações não são complementares.

Referente ao hospital C a comunicação organizacional é vista como ineficiente e consta como objetivos específicos para melhoria dos processos internos e externos. A comunicação é citada diversas vezes no planejamento como um problema, e não efetiva dentro da instituição, indicando uma discussão mais abrangente com o objetivo de produzir um plano de comunicação institucional. A definição e divulgação de Política de Comunicação, considerando as dimensões ensino, pesquisa e assistência é uma possibilidade apontada para a comunicação ser mais efetiva. Além disso, a elaboração e implementação do Plano de Comunicação Institucional contemplando a Política de Comunicação da Ebserh também aparece como uma melhoria para a comunicação organizacional.

Compreende-se o HU tem os instrumentos de comunicação necessários para melhorar os processos, porém não investem na comunicação estratégica, se limitando a criticar a falta de comunicação, quando muitas vezes esta falta ocorre pela não compreensão do papel da comunicação e que não consegue intermediar as relações interpessoais se não for incluída nos planejamentos. Somente divulgar ações não garante sua efetividade. Embora tenham no planejamento muitas ações de comunicação, se forem apenas executadas, sem planejamento e estudo do contexto do HU, continuarão a ser um problema, ao invés de solução.

Em relação à humanização, o planejamento cita como um dos valores do HU, mas ao mesmo tempo é citada como fraqueza, já que não possuem ações. Apesar disso, não há nenhuma proposta para a melhoria desse aspecto, que demonstra que a PNH não teria importância para este HU. Infere-se que novamente a comunicação e a humanização aparecem separadas, que são se vê relação entre os dois temas no hospital e que parece estar longe de se interconectar.

No planejamento estratégico do hospital D, tem-se a relação entre o Humanizatus e a comunicação. É relatado que por meio da contratualização com a Ebserh, foi possível implantar a ouvidoria para melhorar o relacionamento com a sociedade e promover a comunicação entre os clientes para a melhoria contínua de seus processos e o aprimoramento dos serviços prestados, além de apoiar tecnicamente e atuar em conjunto com as áreas internas. Este foi o único HU que mencionou a ligação das duas áreas para o desenvolvimento de atividades visando

os relacionamentos. Há também a citação de implantação de canais e processos e comunicação para contribuir na qualidade da assistência, ensino e pesquisa, pilares básicos para os HU's. Percebe-se que a comunicação está sendo relacionada com os objetivos do hospital e não apenas apontada como um problema para as outras áreas. De toda forma, estes problemas de comunicação são citados, porém é apresentado como solução a realização de um diagnóstico da comunicação interna e externa e o desenvolvimento de plano de comunicação do hospital, além de sua implementação.

Infere-se que este HU valoriza a comunicação e inclusive a envolve nas questões de humanização. Sabe-se que a ouvidoria é um canal que demonstra receptividade para ouvir e solucionar problemas, mas que não é a única ação de humanização.

Sobre o tema humanização, é mencionado como objetivo a horizontalização do cuidado, humanização, ética e trabalho multidisciplinar, como forma de serem aplicados na rotina de cuidar, consolidando um modelo de cuidado que incorpore os valores da clínica ampliada, da humanização, da interdisciplinaridade e da gestão da clínica. É citado como objetivos específicos, a viabilização dos processos assistenciais aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização, pois há deficiência na implementação de estruturas e programas para humanização direcionados aos trabalhadores e usuários. O plano cita que a capacitação de profissionais é importante ferramenta para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), que visa debater e reestruturar os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social é exercido. Estas ações relatadas, são iniciativas importantes e coerentes com a PNH que tem lugar estratégico neste hospital, que demonstra estar ciente das responsabilidades e ações além de datas comemorativas para conscientizar para a humanização.

No Hospital E, o planejamento não contempla nenhum assunto à comunicação, estranhamente, não encontrou-se nenhuma citação referente a área. Infere-se que a comunicação seja um setor inexistente no momento de concepção deste documento, pois conforme relatado em entrevista há apenas um ano existe o cargo de gestor do HU, e talvez não houvesse nenhum funcionário antes, não se tem o

registro de gestões anteriores.

A respeito da humanização, é citada como um dos valores do HU, meta de atenção à saúde, e a política é citada para a adoção de diretrizes da Política Nacional de Humanização priorizando o acolhimento nas unidades de acesso, visita ampliada, garantia do acompanhante e o cuidado multiprofissional. Todas ações são relacionadas à assistência e novamente a comunicação não aparece contemplada, mas ao menos se vê a PNH em algum local mencionada.

Após coletar os dados dos planejamentos estratégicos e o relatório de gestão, percebe-se que a comunicação e a humanização são temas abordados nos documentos com ênfase para a melhoria dos processos. Ambos temas aparecem na maioria das vezes como uma solução para problemas de relacionamento entre áreas e melhoria de qualidade no atendimento. Porém, nenhum aborda a comunicação para adequação à PNH, demonstrando que os dois elementos são dissociados nos HU's.

Por meio da exploração do material, infere-se que não há estrutura adequada para a comunicação participar da implementação da PNH, do ponto de vista dos entrevistados. As equipes são reduzidas e a maioria não consta nos organogramas dos hospitais, apesar de existirem na prática e demonstrar expectativas de melhorias e avanços a curto prazo. Percebe-se que não há histórico de valorização da área de comunicação e que sua relevância está sendo construída após a contratualização com a Ebserh. De acordo com todos os entrevistados, somente após firmar contrato com a empresa, foram admitidos funcionários por meio de concurso público e que são formados na área da comunicação. Mesmo assim, o desenvolvimento de estrutura e contratações se mostram incipientes se comparado ao ideal que estes gestores desejam: mais profissionais de subáreas para complementar as atividades que hoje são desempenhadas por um único profissional, ou ainda, deixam de desempenhar atividades estratégicas por não ter estrutura adequada e funcionários capacitados para tal atividade. Em muitos casos os funcionários são contratados com cargo de nível médio, porém concluíram a graduação de nível superior, mas não atuam com esta titulação dentro do hospital, desenvolvendo apenas atividades de apoio administrativo.

Com exceção de um hospital, em que o gestor é formado na área da

educação, os demais possuem gestores com formação de nível superior em comunicação: Relações Públicas e Jornalismo. Esse dado revela que a condução dos setores está sendo desenvolvida por comunicadores, valorizando e reconhecendo a área. Dois gestores citaram que entraram na vaga de gestor substituindo profissionais de outras áreas, após a contratualização com a Ebserh. Compreende-se que este movimento de substituição de profissionais pode estar ocorrendo em demais locais, e o cargo de gestor em comunicação está sendo destinado aos profissionais capacitados para gerir a área.

Todos eles relatam a necessidade de mudança como forma de melhorar a comunicação, de inclusão nas decisões estratégicas e desenvolvimento da estrutura dos setores. Percebe-se que com a gestão da Ebserh os hospitais têm investido na melhoria dos canais de comunicação, apoiando os filiados com site, plano de comunicação, treinamentos e adequação dos cargos da gestão. Dessa forma, os respondentes abordaram a participação nos planejamentos estratégicos das instituições. A situação estrutural é semelhante em todos os hospitais que participaram da pesquisa, demonstrando os caminhos que ainda precisam ser trilhados para a real contribuição da comunicação nas instituições.

Em relação ao conhecimento da PNH, buscou-se compreender o nível de conhecimento dos gestores, que responderam conhecer um pouco, sem aprofundamento. Um dos respondentes chegou a relatar que quando foi convidado a participar da entrevista, procurou saber do que se tratava, pois não sabia da existência da Política. Quase todos relataram que acreditam que os funcionários administrativos não conhecem a PNH e que apenas os funcionários da assistência têm contato com a Política diretamente e talvez apliquem as diretrizes. O conhecimento da PNH é limitado aos gestores de comunicação e às demais chefias, e de forma não aprofundada.

A inexistência da comunicação nas ações da PNH, quando estas acontecem, demonstra que apesar de existir um setor responsável pelos processos comunicacionais, este não atua em questões tidas pelos HU's como "da assistência". As ações associadas à PNH ficaram limitadas às datas comemorativas, ações ligadas à Enfermagem, parto humanizado, pesquisa de satisfação da ouvidoria. Como dois hospitais possuem comissões de humanização, os gestores remetem à

comunicação da PNH às ações demandadas pelas comissões, porém citam que são ações humanizadas e não realizam a comunicação da Política em si. Novamente não se viu a cultura associada a nenhuma ação comunicacional. Se a cultura organizacional carrega a história, costumes, práticas e simbolismos das organizações, é necessário que esteja vinculada e seja considerada para a concretização dos discursos.

Após as primeiras interpretações, elencou-se temáticas gerais que os hospitais possuem em comum. Estas temáticas auxiliarão na análise comparativa com os materiais que os gestores disponibilizaram. Todos os HU's têm a expectativa de realizar alguma mudança positiva na comunicação, seja pelo trabalho que está sendo reconhecido, seja por mudanças na direção e contratualização da Ebserh que possibilita seguir um planejamento incluindo a comunicação. Apesar de todos terem equipe reduzida, entendem a importância da formação profissional, porém não é uma questão que possam resolver sozinhos ou no curto prazo. Percebe-se que o fato de ter equipes reduzidas na comunicação, comparado ao tamanho dos hospitais, atribui ao fato de não estar presentes no organograma, o que comprova que a comunicação não tem um papel estratégico para estas instituições, no sentido de que não conseguem propor a participação ativa nos processos organizacionais.

Acredita-se que o fato da estrutura dos setores de comunicação dos HU's ser pouco valorizada, leva a não haver inclusão nas decisões estratégicas. Exemplo é a falta de conhecimento da PNH, tanto da parte dos gestores, quanto dos funcionários. A humanização é tema que envolve não só a área de assistência, mas toda a organização, pois não é somente o paciente que deve fazer parte do cuidado, mas todos os membros do hospital. Com isso, todos deveriam ter noção do que envolve a Política e participar da sua concretização em ações cotidianas. A comunicação tem o poder de aproximar as pessoas e instituições para mesmo objetivo, e portanto, poderia participar ativamente da divulgação da Política, das ações e promover a disseminação deste assunto. Compreende-se que por meio da comunicação muitas realidades podem ser transformadas e com a humanização não seria diferente. A quantidade de pessoas que poderiam ser impactadas por um atendimento diferenciado, com atenção, cuidado, respeito, faz diferença para o relacionamento do hospital com os públicos, independentemente de ser funcionário, paciente,

visitante ou fornecedor. A natureza de uma instituição de saúde deveria dizer mais do que somente a prestação de assistência a pessoas doentes ou debilitadas.

Sem o conhecimento da PNH não existe comunicação das ações. Acredita-se que mais do que divulgar, a comunicação é um processo que envolve a compreensão da mensagem comunicada. Considerar os contextos, a realidade e o público com quem se comunica, aumenta a chance de recepção, possibilitando melhor relacionamento, elemento essencial para a prática da humanização. Porém, nos relatos das entrevistas, não se percebe este envolvimento.

No quadro a seguir tem-se o resumo das temáticas gerais das respostas.

Quadro 2 – Temáticas gerais

Estrutura	Conhecimento	Comunicação
Mudanças positivas; Equipe reduzida; Não tem participação no organograma;	Pouco conhecimento da PNH; Ações relacionadas à datas comemorativas e parto humanizado; Não existe certeza do conhecimento pelos funcionários; Vinculado ao conhecimento da área de Enfermagem;	Não há comunicação da PNH; Matérias ligadas à humanização sem referência à PNH;

Fonte: elaboração pela autora Camila Barths (2018)

De acordo com o conteúdo que foi coletado nas entrevistas e analisado durante as fases de categorização e temáticas gerais, percebe-se que a realidade dos HU's em relação à comunicação é semelhante. A aplicação da PNH não é observada e comunicada por nenhum deles, e compreende-se que o conhecimento da Política está limitado à área assistencial. E apesar da PNH ter 15 anos de existência, sua nomenclatura aparece raramente nas falas dos entrevistados. Considera-se que o fato de falarem de humanização e não da Política em si, demonstra que há algum movimento dentro dos hospitais que faz com que a humanização, essência da Política, esteja presente no cotidiano dos hospitais, mas

não se enxerga com clareza que a comunicação faça parte deste movimento.

Compreende-se que a existência de um documento oficial do Ministério da Saúde, que norteie a humanização, é um fator importante para a saúde pública no país. Embora revele padronizações que possam ser interpretadas como reprodução de práticas, que mantém ou modifica culturas e situações desejadas pelas instituições que detém o poder, não deixa de ser uma importante diretriz.

A não inclusão da comunicação, ou ela mesmo não procurar a participação na implementação da PNH, demonstra a importância que as instituições dão tanto para a Política quanto para a comunicação, que parece ser acionada apenas para divulgação das ações, mas não é acionada nas estratégias e planejamentos.

Infere-se que o papel estratégico e potencializador da comunicação, deveria ser desenvolvido não só pelas administrações dos hospitais, mas também pelos profissionais, valorizando e demonstrando que o processo relacional da comunicação, que considera os contextos socioculturais, os relacionamentos e a condição do receptor, tem resultado efetivo para o desenvolvimento de ações estratégicas nas organizações.

Nesta etapa seguiu-se os passos de análise de entrevistas, realizando a decifração estrutural, que leva em conta o conteúdo existente e que exige esforços do analista:

É preciso fazer tábua rasa *a priori* pessoais ou da contaminação proveniente de decifrações anteriores, *ao mesmo tempo* que se beneficia, de algum modo num “outro cérebro”, dos conhecimentos adquiridos pela prática ou dos contributos teóricos ou metodológicos exteriores, *enquanto* se prepara, deixando-a amadurecer aquilo que será a segunda fase da análise, ou seja, a *transversalidade temática* (BARDIN, 2011, p. 96 grifo do autor).

A autora cita ainda que na análise de entrevistas “raramente é possível estabelecer um quadro categorial único e homogêneo, devido à complexidade e à multidimensionalidade do material verbal” (BARDIN, 2011, p. 120). Por isso, a autora sugere que se assuma um ponto de vista geral e em seguida uma análise de aspectos específicos, e as duas se complementam.

No apêndice G é apresentada a fase de decifração estrutural para interpretação do conteúdo das entrevistas e comparativo com os documentos oficiais dos HU's.

6.3 Análise Comparativa

Para fins de comparação entre a fala dos entrevistados e os documentos, percebe-se que há muitas ações planejadas em relação à estrutura da comunicação, que na maioria dos casos envolvem a área, porém, não se percebe na prática que haja êxito, ou que os planejamentos estejam sendo executados. Comparou-se as falas e os conteúdos dos planejamentos e relatórios de cada hospital, conforme segue abaixo:

Hospital A: na fala do entrevistado há expectativa de melhorias na estrutura de comunicação, aumento da equipe e inclusão no plano estratégico do HU. No planejamento, a comunicação é vista como um ponto a ser melhorado, principalmente na comunicação com funcionários e um meio de aprimorar outros pontos, como o pertencimento e engajamento. É citada ainda como forma de divulgação de ações e contribuição para melhorias.

Em relação à PNH, o gestor relatou conhecer a Política, por conta própria, não por demanda da instituição, e atribui a humanização à área assistencial. Porém, no planejamento, consta como uma meta a implantação da PNH, e cita que é preciso considerar a cultura local e centrar o foco no paciente. Aponta também a questão da orientação como fator importante para atingir esta meta.

O HU não divulga a PNH de acordo com a resposta do entrevistado, não existe comunicação da Política, ela seria realizada por meio da comunicação interpessoal. O entrevistado cita que uma forma de comunicação da Política seria a publicação de matérias no site sobre humanização. Já no planejamento não consta nenhuma ação de comunicação.

Considera-se que este HU percebe a aplicação da PNH, que é realizada pela área assistencial, sem participação da comunicação e dos demais funcionários do hospital. Seria um processo isolado em que a comunicação é acionada para divulgação de ações já ocorridas.

Hospital B: a fala do entrevistado revela que não há estrutura para comunicação e que o setor não é valorizado na instituição. Com isso, o que se vê no planejamento que vai ao encontro deste relato, é que a comunicação é instrumental, utilizada como execução de atividades técnicas de comunicação. Porém, quando o relatório apresenta as realizações do hospital, demonstra resultados positivos apontando para a criação de Assessoria de Comunicação como ganho para o HU, associando a comunicação à engajamento e citando o desenvolvimento de ações voltadas aos funcionários e público externo ao HU. Também cita a ampliação dos canais de comunicação e divulgação de ações.

Em relação ao conhecimento da PNH, o entrevistado diz conhecer a PNH e remete às ações a datas comemorativas. Afirma que os funcionários conhecem a PNH, porém não relata por quais meios eles possuem esse conhecimento. De acordo o relatório, o HU tem como valor a humanização, que está vinculada à qualidade dos serviços prestados e contribuiu para o reforço da boa imagem institucional. Há um grupo de trabalho de humanização no hospital que está relacionado à responsabilidade social. A humanização está ligada a ações de datas comemorativas e ações para pacientes.

O entrevistado diz não comunicar a PNH e suas ações e, portanto, demonstra estar desconectado desta realidade. Percebe-se a falta de coerência entre a relação do relatório com a boa imagem institucional se valendo da PNH e o fato da comunicação não estar participando deste resultado. Da mesma forma, a ciência dos funcionários a respeito da PNH e a falta de divulgação das ações de humanização, são dois fatos que parecem não ter relação.

Hospital C: o entrevistado afirma que a comunicação tem participação no planejamento estratégico e é respaldada por política própria. No entanto, o planejamento relata a comunicação como sendo causa de problemas, ineficiência e fraqueza, necessitando de melhorias. Um ponto positivo do planejamento é a elaboração de um plano de comunicação e a divulgação do mesmo. Além disso, cita a comunicação como participante da divulgação de materiais para pacientes.

Sobre o conhecimento da PNH, o entrevistado citou que conhece a PNH de forma geral e associa a Política à pesquisa de satisfação pela ouvidoria. Relata existir uma comissão de humanização, mas não conhece as ações. No

planejamento, a humanização é relatada como um ponto de fraco, mas citada como meta para melhorar a relação entre humanização e tecnologia.

Neste HU não há a comunicação da Política, portanto, infere-se que a comunicação não participa de sua implementação e divulgação, apesar de constar no planejamento que a comunicação participa das divulgações aos pacientes, o que não seria o processo comunicacional completo, mas sim uma parte depois das ações já ocorridas.

Hospital D: o entrevistado deste HU citou que a equipe e a estrutura de comunicação são desvalorizadas em termos estratégicos e o gestor não tem formação na área da comunicação. As atividades do setor são norteadas pelo plano de comunicação. No planejamento encontram-se informações sobre o objetivo de melhorar o relacionamento, a comunicação interna e qualidade. Também se relata a importância do monitoramento de ações de comunicação e capacitação. A comunicação está no plano de ação e faz parte das estratégias da organização para a melhoria da imagem institucional.

O gestor entrevistado citou que conhece pouco a PNH e acredita que está relacionada a datas comemorativas e à assistência. No plano encontrou-se muitas abordagens sobre a humanização e sua incipiência, a necessidade de capacitar os profissionais para implantar a PNH e a humanização do ensino. Tem como objetivos garantir o direito constitucional à saúde por meio da implantação da política única de humanização conforme Humanizatus e contemplar todas as suas diretrizes. Este foi o único HU que referenciou o Humanizatus em seus documentos.

O HU, no entanto, não divulga a Política, somente as ações vinculadas à humanização. No plano também não se encontrou referências da comunicação participando do processo de implantação da PNH.

Constata-se que apesar do gestor não ter a formação em comunicação e não existir situação ideal para o desenvolvimento das atividades, o plano inclui a comunicação nas atividades estratégicas. Também há preocupação em adequar o hospital às diretrizes da PNH, embora não haja participação da comunicação na definição da ação.

Hospital E: para o gestor, a comunicação é estratégica no HU e possui

equipe, porém não são formados em comunicação. A existência do planejamento de comunicação também é um indicativo que a estrutura é adequada e que o hospital está investindo na área. Referente ao planejamento, não foram encontradas informações que incluíssem a comunicação, mesmo que em muitas ações tenha sido identificada a necessidade da participação da comunicação.

Já o conhecimento da PNH está ligado ao conhecimento do comitê de humanização e no planejamento consta como valores do HU e como objetivo a adequação do hospital à Política. A comunicação da PNH não existe diretamente, apenas as ações do comitê sobre humanização, que estão relacionadas à educação, datas comemorativas, eventos, projetos e doações.

O quadro 3 representa a síntese da análise comparativa descrita acima. Por meio da síntese percebe-se que nenhum dos HU's tem o mesmo discurso nos dados coletados, demonstrando incoerência e falta de alinhamento.

Quadro 3 – Síntese da análise comparativa

Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E
<p>Diferente Gestor considera boa estrutura de comunicação, planejamento a vê como um problema a ser resolvido.</p>	<p>Diferente Gestor aponta falta de estrutura e relatório enfatiza a implantação da Assessoria de Comunicação.</p>	<p>Diferente Gestor diz que a comunicação tem estrutura e planejamento aponta melhoria para os processos.</p>	<p>Igual Gestor diz não ter estrutura e planejamento aponta como ineficiente.</p>	<p>Diferente Gestor aponta estrutura e planejamento não cita a comunicação.</p>
<p>Diferente Gestor conhece pouco a PNH e planejamento prevê a implantação da PNH.</p>	<p>Igual Gestor conhece a PNH e relatório cita criação do grupo de trabalho.</p>	<p>Igual Gestor conhece pouco a PNH e planejamento não relata ações.</p>	<p>Diferente Gestor conhece pouco a PNH e planejamento menciona implantação e capacitação para a PNH.</p>	<p>Diferente Gestão comunica as ações do Comitê e planejamento apenas cita humanização como valor.</p>

Fonte: elaboração pela autora Camila Barths (2018).

Percebe-se que de acordo com o planejamento existem iniciativas bem

desenvolvidas sobre a humanização que decorrem da implantação da PNH, porém a comunicação não se vê engajada no processo e não demonstra ser acionada para os planejamentos. O fato da comunicação não ser contemplada no planejamento e a fala do gestor afirmar que existe uma boa estrutura e que a comunicação é estratégica, indica incoerência, mas que pode se justificar pelo fato de que o gestor está no cargo há aproximadamente um ano, e na ocasião do planejamento, não teria participado da elaboração do documento.

6.4 Resultados

Pode-se constatar que a comunicação não está integrada ao planejamento e ações estratégicas dos hospitais e cumpre função operacional nestas organizações. Considerando-se que a PNH é uma política do SUS, em nível nacional, e que os hospitais estudados se localizam em grandes cidades, possuem acesso à informação e provém educação, a realidade deveria ser diferente.

Não existem iniciativas e recursos próprios dos HU's, estados e municípios para planejar e executar campanhas voltadas para a saúde, quanto mais para a PNH. Percebe-se que as rubricas não são específicas para comunicação, por não ser considerada área estratégica para estes governos.

De acordo com o relato dos entrevistados, consta na maioria dos planejamentos estratégicos e relatório, a inclusão da comunicação em diversos processos internos. Compreende-se que este é um movimento recente que não demonstra a potencialidade da comunicação para concretizar ações de humanização, entre outras, que possam contribuir para os relacionamentos organizacionais. Além disso, não foi identificado nas falas dos gestores a relevância do contexto político e social, todos falaram na visão interna da organização, e isso dificulta muito as percepções a respeito do que a PNH poderia modificar na relação da organização com a sociedade.

Verificou-se que os instrumentos disponibilizados pelos gestores não demonstram colaboração para a concretização da PNH e que há distância entre suas falas e as informações dos planejamentos e relatório. Uma das causas que podem ocasionar esta incoerência seria a condução de alguns gestores ao cargo a

pouco tempo ou a diferença de tempo em que se produz um planejamento e ele é executado.

A contextualização de cada HU relatada pela dependência de assistência em saúde nas regiões onde estão localizados, comprova que estes hospitais são centrais para o atendimento da população e que a demanda é altamente significativa. Esta realidade delega aos hospitais o relacionamento com o público e infere-se que a comunicação seria parte deste relacionamento, se os hospitais a enxergassem como estratégica. A interação relacional com os públicos que propõe a PNH, não deveria ser vista apenas como algo direcionado para os pacientes, mas também aos funcionários e toda a comunidade que se relaciona de alguma maneira com o hospital.

Compreende-se que a comunicação atua como executora de atividades técnicas, participando pouco das questões estratégicas e de planejamento dos hospitais. Percebeu-se nas falas dos gestores um movimento para a mudança e valorização da área, mas ainda parece incipiente do ponto de vista da administração dos HU's. Portanto, a comunicação não tem iniciativas e tão pouco é acionada pelos hospitais para participar de ações que tenham como objetivo a implementação da PNH. Além da área assistencial ou comitês de comunicação não incluem a comunicação nos planejamentos, a comunicação também não procura participar destes debates e planejamentos, sendo acionada somente para a divulgação, parte incompleta do processo comunicacional. Faltam iniciativas por todas as partes, de incluir a comunicação nas etapas de concepção, planejamento, execução e avaliação das ações. O processo comunicacional ocorre de maneira fragmentada por meio da divulgação de ações de humanização.

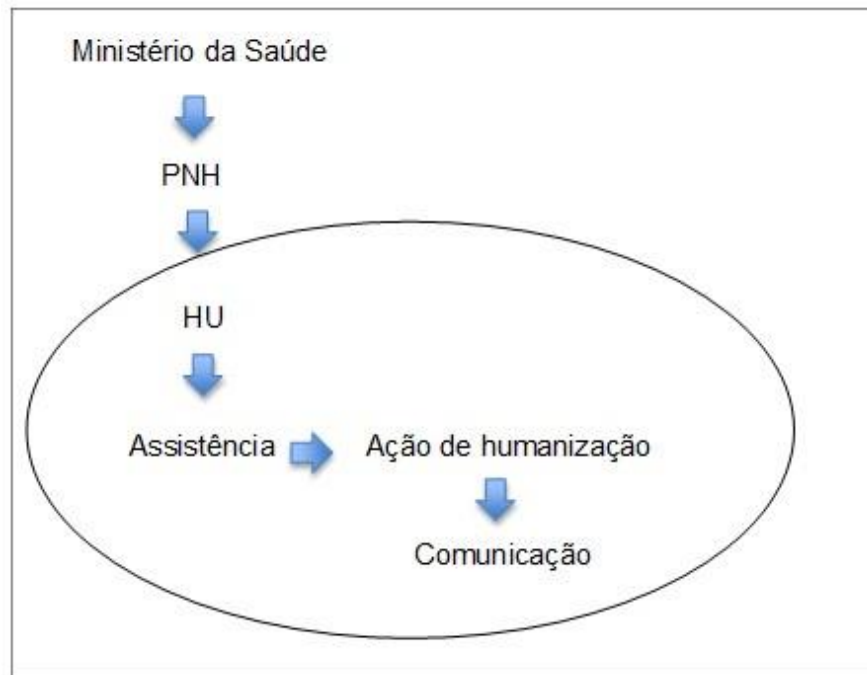
A atuação da comunicação por meio das divulgações de ações que derivam da PNH, mas não são a Política em si, não deve ser desvalorizada, porém não deve se limitar a este tipo de comunicação, pois se não há envolvimento e aprofundamento nestas ações, se justifica o desconhecimento da PNH por parte dos membros da organização. Apesar de constar em quase todos os planejamentos a questão da humanização, não há esclarecimento do seu significado para a organização.

Atualmente, nos HU's pesquisados, que são uma amostra de cada região do país, não existe um processo completo de comunicação para implementar a PNH, sendo esta política pouco conhecida pelos gestores. Infere-se que comunicação está sendo desenvolvida ainda nos moldes instrumentais e reprodutores de práticas dentro das organizações hospitalares.

Pode-se atribuir a realidade destas organizações às relações de poder instituídas nos HU's que são vinculados ao Ministério da Educação, porém as atividades assistenciais regidas pelo Ministério da Saúde, que também desenvolve a PNH. Além de responsabilidades, há fatores ideológicos que impactam o andamento de atividades, mesmo que inconscientemente. Percebe-se que os HU's contratualizados pela Ebserh passam por momentos de mudanças e reestruturação, e neste ponto pode-se encontrar conflitos de interesses e relações de poder pré-estabelecidas, enraizadas na cultura organizacional. Sabe-se que processos de mudanças sempre envolvem resistência e adequação, mas nem por isso a comunicação deve estar alheia às questões que envolvam os relacionamentos.

Compreende-se que a contratualização com Ebserh se manifesta como um ponto positivo para o desenvolvimento dos setores de comunicação dos hospitais universitários, porém as atividades constatadas nesta pesquisa, se mostraram meramente executivas. Para ilustrar o atual processo encontrado nos hospitais, apresenta-se a figura 8. No processo atual, constata-se que a comunicação é a última instância acionada para comunicar a PNH e suas ações. Neste modelo, a comunicação é somente emitida, não há produção contextualizada, meios de comunicação pensados para o público, interesse na recepção e interpretação da mensagem.

Figura 8 – Processo atual de participação da comunicação nos hospitais

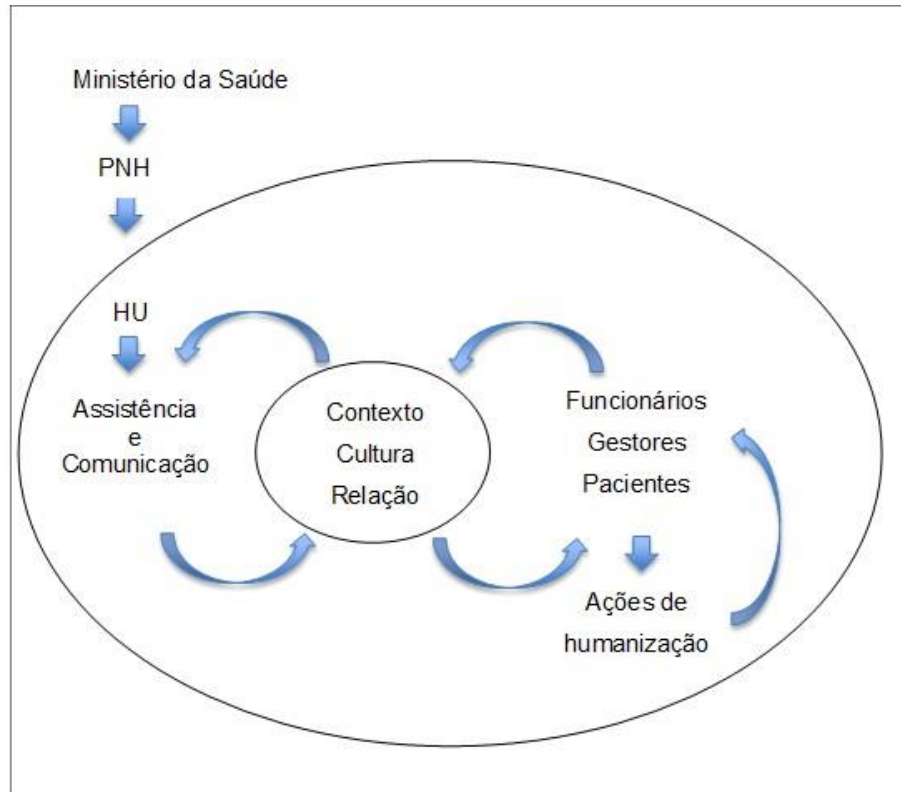


Fonte: Elaboração da autora Camila Barths (2018)

Já no processo ideal, a comunicação faz parte do processo juntamente com a assistência, que é uma das áreas que mais atua próximo ao paciente. Porém, não se restringe somente a ele, mas sim a todos os membros da organização. Na figura 9 pode-se ver o processo ideal, que envolve a comunicação antes da realização das ações.

Considera-se que além participar do processo na sua concepção, a comunicação tem por dever considerar o contexto, a cultura e as relações para que a mensagem chegue ao receptor e faça sentido para que gere alguma prática. Esse é um processo contínuo, pois se as ações de humanização fizerem sentido, elas refletirão nas demais atividades cotidianas das organizações e a longo prazo farão parte da cultura organizacional.

Figura 9 – Processo ideal de participação da comunicação nos hospitais



Fonte: Elaboração da autora Camila Barths (2018)

As especificidades em cada organização devem ser consideradas, pois é nela que se estabelecem costumes, rotinas, crenças, mitos e tudo o que se pode relacionar com a cultura organizacional. As questões socioculturais em que os sujeitos que formam a organização são considerados, e são essenciais para compreender suas práticas e estabelecer a participação e o protagonismo dos sujeitos nas organizações.

Compreende-se neste estudo que o processo comunicacional para a implementação da PNH nos HU's é incompleto, necessitando de adequações para cumprir com seu objetivo: a) enxergar a comunicação como relacional e estratégica; b) considerar que todos os públicos da organização devem ser impactados pela PNH; c) as ações de humanização não se limitam às datas comemorativas, pesquisa de satisfação e parto humanizado, mais do que o nome que estas atividades carregam, o sentido de cada uma é que faz a diferença na vida das pessoas; d) a divulgação é importante, mas a comunicação não começa neste ponto; e) os

gestores de comunicação precisam ter iniciativas que demonstrem o papel da comunicação.

Chega-se à conclusão de que a PNH foi criada para resolver problemas do SUS e das organizações de saúde, porém não tem abrangência total nas instituições, pois, na prática se limita à assistência, mesmo que em seu texto esteja claro a participação da comunicação. Percebe-se mais uma vez, a necessidade de modificar os modelos de gestão, pois influenciam em toda organização, principalmente nos relacionamentos.

Os padrões de administração pública são ainda mais limitados e inflexíveis, tornando as ações dos funcionários resistentes a mudanças e a terem iniciativas. Com isso, o que era para ser um movimento de melhorias, trocas e colaboração, acaba não acontecendo ou demorando muito a acontecer.

A comunicação organizacional nos Hospitais Universitários Públicos não tem papel estratégico e pode ser melhor desenvolvida para participar dos processos decisórios da organização, contribuindo para a implementação da PNH e promover o relacionamento humanizado.

7 CONSIDERAÇÕES

Com esta pesquisa produziu-se conhecimento acerca da comunicação organizacional em Hospitais Universitários Públicos no Brasil, com amostra de cinco hospitais, um por região do país. Por meio de pesquisa bibliográfica, traçou-se temas que permeiam a comunicação e a saúde, a fim de compreender a realidade destas áreas na busca por entendimento sobre a implementação da Política Nacional de Humanização. Investigou-se como a gestão da comunicação organizacional participa da implementação desta Política nos hospitais e formou-se um panorama com representação nacional sobre este tema.

Inferiu-se que há muitos elementos que fazem parte da realidade destas organizações, como os modelos de gestão, a estrutura de comunicação, questões socioculturais, o contexto de cada região e os relacionamentos. O papel dos gestores de comunicação é fundamental para o entendimento dos fluxos e participações nas concretizações de ações. Abordar a humanização neste contexto parece óbvio se for considerado que o objetivo fim dos hospitais é cuidar das pessoas, humanas. Porém, nestas organizações as pessoas que cuidam, também precisam ser cuidadas, e essa realidade não é óbvia. Por isso, considera-se que a comunicação é relevante para concretização das ações de humanização, que passam pelo relacionamento, contexto sociocultural e relações de poder.

Desenvolver as diretrizes da PNH é um desafio para os HU's que lidam com a vida, a morte, as dificuldades financeiras de um país que investe cada vez menos em saúde e educação, objetivo destas organizações. Não se pode responsabilizar apenas os dirigentes dos hospitais, que administram o que o governo determina. Em um cenário como este, humanizar as relações é garantia de solidariedade e cooperação entre os membros que atuam na saúde.

As teorizações sobre a comunicação organizacional, gestão e comunicação relacional buscaram situar a realidade da área desta pesquisa e afirmar a importância do papel do gestor de comunicação e das estruturas desta área dentro das organizações. O setor na organização deve ter papel estratégico, assim como as atividades desempenhadas planejadas em conjunto com a administração dos hospitais. Porém, verificou-se que a gestão da comunicação nos HU's está

caminhando para seu reconhecimento, com pouca estrutura e valorização. O que foi teorizado sobre a estrutura limitada dos setores de comunicação e efetividade das campanhas de comunicação nas instituições públicas, se confirma no estudo, que não possui orçamento próprio do setor e não apresenta formas de mensuração de suas ações. Compreende-se que não fará sentido uma comunicação desconectada dos objetivos da organização, sem avaliação e sem empatia com os públicos da mesma, pois a comunicação não é completa e não promove práticas.

Por meio das bibliografias utilizadas para contextualizar a área da saúde, objetivou-se ter o conhecimento necessário desta área para conhecer a realidade das instituições e da Política que norteou o estudo. Pensar na humanização em tempos de relacionamentos digitais, é buscar a essência da comunicação, que é essencial para o relacionamento humanos. O resgate do conceito de humanização problematiza as práticas que são reproduzidas pelo modelo de sociedade que se vive hoje, mas que precisa ser repensada para o avanço das relações de forma saudável e colaborativa. O conceito de nova promoção da saúde aponta para o caminho da colaboração e do empoderamento, como forma de independência do cidadão no que diz respeito à sua saúde, avanço expressivo se considerar que há poucos anos não existia um sistema de saúde no país, que lutava para ter o mínimo de saneamento básico.

Além disso, os elementos integradores da comunicação e saúde, auxiliaram no entendimento do que as áreas podem complementar para a concretização de práticas para humanização. Ao identificar os elementos integradores das duas áreas, reforçou-se a relevância para os comunicadores terem a noção do que a comunicação pode potencializar, como é o caso das relações de poder, que estão presentes em todas as organizações e sociedade. Compreender o papel da comunicação e como ela impacta a vida das pessoas, o funcionamento das atividades nas organizações, as questões socioculturais implicadas em cada mensagem comunicada, é inerente ao profissional e principalmente ao gestor dos setores de comunicação nas organizações. A cultura revela todo simbolismo e práticas de determinado espaço, e por isso não pode estar dissociado da comunicação organizacional em hospitais, e neste estudo não consta nas entrevistas e nos documentos analisados.

Com o estudo de caso dos hospitais, cumpriu-se com o objetivo desta pesquisa, mostrando que a realidade dos setores de comunicação poderiam ser melhor estruturados, com profissionais formados na área, gestores motivados e engajados nos planejamentos estratégicos dos HU's, com conhecimento das políticas de saúde, não só humanização, mas todas que possam melhorar o relacionamento dos HU's com seus públicos. A intenção não foi romantizar a comunicação organizacional, que é uma área complexa, que necessita de estudos e melhorias, mas mostrar a relevância desta comunicação para as instituições de saúde, a fim de torná-la estratégica. Sabe-se que o ideal nem sempre é atingível, e fica mais difícil em instituições públicas, quando envolve burocracias, política, relações de poder e estruturas ultrapassadas, porém, não deve-se conformar com a realidade, e sim buscar modifica-la para melhor.

A dificuldade em conseguir contato com os gestores de comunicação dos HU's, foi fato que demonstrou resistência em responder ou abrir dados, mesmo sendo hospitais públicos, que deveriam ter ações transparentes, ou interesse em contribuir para a pesquisa. Foram muitos contatos até conseguir efetivar as entrevistas apresentadas neste estudo, inclusive a avaliação dos comitês de ética dos hospitais.

Com a criação de categorias para a análise, apontou-se um caminho para desenvolver a PNH nos HU's, como forma de inovação para o tema. O quadro ideal da atuação da comunicação na implementação da PNH passa por processo em que precisa ser considerada a estrutura da comunicação, o conhecimento e a comunicação da PNH. O fluxo do processo precisa ser contínuo e levar em conta o contexto, a cultura e as relações, para que a comunicação possa fazer parte da concretização das ações, sendo o principal resultado do estudo.

O fato dos hospitais estudados não conhecerem e não comunicarem a PNH, demonstra a falta de engajamento e de estratégias do setor de comunicação. Não se pode pensar na comunicação como uma mera executora de tarefas, mas sim compreender a importância de planejá-las, e promover a comunicação à área estratégica da organização, e que executará tarefas, mas de forma planejada e com a responsabilidade de fazer sentido para os públicos. A comunicação deve ser vista

como um processo que leva em conta o contexto sociocultural, e não somente uma emissão de mensagens (divulgação).

Esta pesquisa contribui ainda, para reflexão dos modelos de comunicação adotadas nos HU's, que são semelhantes na sua constituição e envolvimento nas ações do hospital. Tem-se ainda um modelo instrumental de comunicação nestas instituições, mas que tem espaço para evoluções e mudanças de estrutura para o desenvolvimento completo da comunicação.

O estudo apresentado para a obtenção desta tese poderá ter continuidade estendendo-se para outros hospitais e analisando outras abordagens igualmente importantes para a comunicação. Enxerga-se possibilidades de melhorias nos processos comunicacionais dos hospitais universitários, por meio dos conhecimentos produzidos e da concepção do processo ideal da comunicação nos hospitais universitários para a concretização da PNH.

REFERÊNCIAS

ALMANSA, Ana. **Assessorias de Comunicação**. São Caetano do Sul/SP: Difusão editora, 2010.

ALVES, Sérgio. As múltiplas faces da liderança nas organizações: o indivíduo, o grupo e a estrutura. IN: MARCHIORI, Marlene (org). **Liderança e Comunicação Interna**. Difusão Editora. São Caetano do Sul/SP: 2014. pp. 49-77.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Inesita. Soares de; CARDOSO, Janine Miranda; MURTINHO, Rodrigo. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. 6, n. 10, pp. 104-115, 2009.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. SciELO - Editora Fiocruz, 2006. Edição do Kindle. pp. 2801-3204.

AYRES, José Ricardo de M. (2006). Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. SciELO - Editora Fiocruz, 2006. Edição do Kindle. pp. 533-1064.

BALDISSERA, Rudimar. Comunicação organizacional: uma reflexão possível a partir do paradigma da complexidade. IN: OLIVEIRA, I. de L. & SOARES, A. T. N. **Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações**. São Caetano do Sul, SP, Difusão Editora, 2008. pp.149-178.

BALDISSERA, Rudimar. Organizações como complexus de diálogos, subjetividades e significação. IN: KUNSCH, Margarida Maria Khroling. **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul/SP: Difusão editora, 2010. pp. 61-76.

BALDISSERA, Rudimar. Comunicação, cultura e interação nas organizações. IN: MARCHIORI, Marlene (org.). **Cultura e Interação**. Difusão Editora: Rio de Janeiro, 2014. pp. 87-100.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2011.

BARTHS, Camila Caroline. **Comunicação e sustentabilidade: entre discursos e práticas socioculturais da Fecomércio RS**. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Comunicação e Informação) – Programa de Pós-graduação em Comunicação e Informação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2014.

FERREIRA, Cristiane Lopes. **Humanização e Gestão Estratégica numa Instituição de Pesquisa: o caso do IPEC**. 2011. 79 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2011.

BLUMMER, Herbert. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. New Jersey: Prentice-Hall, 1969.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 16ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRAGA, Gustavo Bastos. **Aula 3: Institucionalização da Saúde Pública no Brasil**: Youtube, 2015. (18min 22 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCjBuWnkKE5VIQFIHW1UE5w>. Acesso em: 9 set. 2017.

BRAGA, José Luiz. Comunicação é aquilo que transforma linguagens. **Revista Alceu** - v. 10 - n.20 – pp. 41 a 54 - jan./jun. 2010.

BRASIL. **Gestão da Comunicação aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humanizaus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUCHHOLZ, Rogene A. **Essentials of public policy for management**. Prentice-Hall, 1990.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; BRITO, Mozar José de; Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 3, pp. 356-369, 2005.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. SciELO - Editora Fiocruz, 2006. Edição do Kindle. pp.1064- 1412.

CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e Saúde: notas sobre a trajetória histórica e tendências atuais. In: SILVA, Jaqueline Oliveira; BORDIN, Ronaldo (orgs.). **Máquinas de Sentido: processos comunicacionais em saúde**. Porto Alegre: Dacasa: escola de Gestão Social em Saúde/Promed, 2003.

CHARON, Joel M. **Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. New Jersey: Prentice Hall, 2004.

COSTA, Silvia Generali da. **Comportamento Organizacional: cultura e casos brasileiros**. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

D'AZEVEDO, Martha Alves. **Relações Públicas: teoria e processo**. Porto Alegre: Sulina, 1971.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. SciELO - Editora Fiocruz, 2006. Edição do Kindle.

DESLANDES, Suely Ferreira; Mitre, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação**. v.13, supl.1, pp. 641-9, 2009.

ESTEVES, João Pissara. O poder como medium: que linguagem, que comunicação? Apontamentos sobre moral e política, funcionalidade e sistemas. In: CORREIA, João Carlos (org.). **Comunicação e Poder**. Covilhã: Estudos em Comunicação, UBI, 2002. pp. 221-271

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERRARI, Maria Aparecida. Relações Públicas: gestão estratégica de relacionamentos. In: KUNSCH, Margarida Maria Khroling (org.). **Comunicação organizacional estratégica: aportes conceituais aplicados**. São Paulo: Summus, 2016.

FERREIRA, Cristiane Lopes. **Humanização e Gestão Estratégica numa Instituição de Pesquisa: o caso do IPEC**. 2011. 79 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2011.

FIGARO, Roseli. O homem, a cultura e as relações de comunicação no mundo do trabalho. IN: MARCHIORI, Marlene (org.). **Cultura e Interação**. São Caetano do Sul/SP: Difusão editora-Senac, 2014. pp. 101-112.

FILHO, Ademir Balbino Siqueira. **Comunicação Organizacional e Fatores de Humanização: Capital Social e Humor**. 2012. 97 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Programa de Pós-graduação em Comunicação, Faculdade Cásper Líbero, SP, 2012.

FOSSATI, Nelson Costa; **Gestão da Comunicação na esfera pública municipal**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta. **Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANÇA, Fábio. Como construir relacionamentos corporativos eficazes. In: GRUNIG, James; FERRARI, Maria Aparecida; FRANÇA, Fábio. (Orgs.). **Relações Públicas: teoria contexto e relacionamentos**. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2009. pp. 235-258.

GEERTZ. Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GODOY, Arilda Schmidt. Estudo de Caso Qualitativo. IN: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2010. pp. 115 - 146.

GONÇALVES, Gisela; MARTINS, Tiago (org.). **Interfaces da Comunicação com a Cultura**. Portugal: Livros labcom books, 2015.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson, 2005.

GUARESCHI, Pedrinho A. **O direito humano à comunicação: pela democratização da mídia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

HAIDE, Mats. A Social Constructionist Perspective on Public Relations and Crisis Communication. In: IHLEN, Øyvind; RULER, Betteke van; FREDRIKSSON, Magnus. **Public Relations and Social Theory: key figure and concept**. New York: Routledge, 2009.

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, 2004a.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IHLEN, Øyvind. Public Relations in Field Struggles. In: IHLEN, Øyvind; RULER, Betteke van; FREDRIKSSON, Magnus. **Public Relations and Social Theory: key figure and concept**. New York: Routledge, 2009.

KREPS, Gary L. **Relational Communication in Health Care**. The Southern Speech Communication Journal 53 (1988). pp. 344-359.

KREPS, Gary L. **Health communication inquiry and health outcomes**. Comunicação e Sociedade. Número especial, 2012, pp. 11-22

KUNSCH, Margarida Maria Khroling. A dimensão humana da comunicação organizacional. IN: KUNSCH, Margarida Maria Khroling. **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul/SP: Difusão editora, 2010. pp. 41-60.

KUNSCH, Margarida Maria Khroling. A comunicação nas organizações: dos fluxos lineares às dimensões humana e estratégica. In: KUNSCH, Margarida Maria Khroling (org.). **Comunicação organizacional estratégica: aportes conceituais aplicados**. São Paulo: Summus, 2016. pp. 37-58.

LABONTE, Ronald. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: **Organización Panamericana de la Salud**. Promoción de la salud: uma antologia. Washington: OPAS, 1996, pp. 153-65 (Publicación científica, 557).

LIMA, Fabia. Possíveis contribuições do paradigma relacional para o estudo da comunicação no contexto organizacional. IN: OLIVEIRA, I. de L. & SOARES, A. T. N. **Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações**. São Caetano do Sul, SP, Difusão Editora, 2008. pp.109-127.

LIMA, Fábica Pereira; BASTOS, Fernanda de Oliveira Silva. Reflexões sobre o objeto da comunicação no contexto organizacional. In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; LIMA, Fábica Pereira (orgs.). **Propostas conceituais para a comunicação no contexto organizacional**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro, RJ: Senac Rio, 2012. pp. 25-48.

MARCHIORI, Marlene Regina. Comunicação como expressão da humanização nas organizações da contemporaneidade. IN: KUNSCH, Margarida Maria Khroling. **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul/SP: Difusão editora, 2010. pp. 139-157.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEAD, George H. **Espiritu, persona y sociedad**: desde el punto de vista del conductismo social. Mexico: Paidós, 1993.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre o humanismo e a humanização. IN: DESLANDES, Suelly Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. SciELO - Editora Fiocruz, 2006. Edição do Kindle. pp. 202-303.

MONTEIRO, Yara Nogueira (Org). **História da saúde: olhares e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

MOURA, Solange Aparecida de A. **Contribuição das Relações Públicas no Processo de Humanização nas Organizações**: estudo de caso do Grupo Biofast. 2012. 162 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências da Comunicação) – Programa de Pós-graduação em Comunicação, Universidade de São Paulo, SP, 2012.

MOURÃO, Rita Monteiro; MIRANDA, Sandra; GONÇALVES, Gisela. O Estado da Arte da Comunicação Organizacional. **Revista Estudos em Comunicação**. Covilhã, Portugal, v. 1, n. 23, pp. 69-85, dez 2016.

MUMBY, Dennis K. Reflexões críticas sobre comunicação e humanização nas organizações. IN: KUNSCH, Margarida M. K. **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

MÜLLER, Karla Maria. Intercâmbios entre cultura local e organizacional: desafios para o profissional de relações públicas. In: GONÇALVES, Gisela; MARTINS, Tiago (org.). **Interfaces da Comunicação com a Cultura**. Portugal: Livros Labcom books, 2015. pp. 61-76.

MÜLLER, Karla M. et al. Comunicação e Integração Latino-Americana: a participação da mídia local na construção da cultura e da identidade Fronteiriça. **Revista Fronteiras: estudos midiáticos**, São Leopoldo, v. 6, 12, n. 2., pp. 116-125, mai/ago 2010.

NASCIMENTO, Vinicius Oliveira do. **Comunicação em uma Organização de Saúde Pública**: um estudo na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia Hemoba. 2012. 140 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) – Programa de pós-graduação em Administração. Universidade Salvador, BA, 2012.

NESTARES, Begoña Caerrolaza. Las Relaciones Públicas em empresas de servicios. IN: CABRERO, José Daniel Barquero. **Manual de Relaciones Públicas Empresariales e Institucionales**. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1999. pp. 390-422.

QUADROS, Mirian; ASSMANN, Gabriela; LOPEZ, Debora Cristina. A análise conteúdo nas pesquisas brasileiras em comunicação: aplicações e derivações do método. IN: BARICHELO, Eugenia Mariano da Rocha; RUBLESCKI, Anelise (orgs). **Pesquisa em Comunicação: olhares e abordagens**. Santa Maria: Facos – UFSM, 2014. pp. 89-107.

OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; PAULA, Maria Aparecida de. Processos e estratégias de comunicação no contexto das organizações. IN: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; LIMA, Fábila Pereira (orgs.). **Propostas conceituais para a comunicação no**

contexto organizacional. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro, RJ: Senac Rio, 2012. p. 67-77.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento Estratégico:** conceitos, metodologia, práticas. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, Dora Lucia. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 maio-junho; 13(3):423-31.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo. (2010). Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set.

PARIS, Michelle Maia. **As Relações Comunicacionais em um Ambiente Organizacional Hospitalar à luz da autopoiese.** 2011. 163 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Comunicação) – Programa de pós-graduação em Comunicação). Universidade Católica de Brasília, DF, 2011.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, ano 24, v.24, n.1, p. 39-44, 2000.

RADDATZ, Vera Lucia Spacil. Fronteiras Culturais: O Papel do Rádio Fronteiriço. IN: RADDATZ, Vera Lucia Spacil; MULLER, Karla Maria (orgs). **Comunicação, Cultura e Fronteiras.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2015. pp. 201-218.

RAMÍREZ, Txema. **Gabinetes de Comunicación:** funciones, disfunciones e incidência. Barcelona: Bosch Casa Editorial, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. **Saúde e história.** São Paulo: Hucitec, 2010.

SIMÕES, Roberto Porto. **Relações Públicas:** função política. São Paulo: Summus editorial, 1995.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p. 91-112, 2003.

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna:** teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Revista Serviço Social &** Saúde, Campinas, v. 4 n. 4, pp. 1-156, 2005.

UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasília: OMS, 1979.

WHITTINGTON, Richard. **Strategy as Practice**. Long Range Planning, Great Britain, v. 29, n. 5, pp. 731-735, 1996.

WOLTON, Dominique. **Pensar a comunicação**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

VIZER, Eduardo Andrés. **A trama (in)visível da vida social: comunicação, sentido e realidade**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SITES

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. BRASIL. 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**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em ago 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em jul 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 72 de 21/11/1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Presidência da República**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm>. Acesso em ago 2016.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em mai 2016.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Presidência da República**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: ago 2017.

COORDENAÇÃO DE AFERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em 10 set. 2015.

DOMÍNIO PÚBLICO. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br>>. Acesso em 15 set 2015.

EBSERH. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br>>. Acesso em 5 jan 2016.

EBSERH. Regimento Interno. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/Regimento+Interno+Aprovado+CA+12052016.pdf/fda5583a-4f34-44ed-b75b-ea96c1332b4b>>. Acesso em 4 nov 2017.

IBGE. Censo Demográfico. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>. Acesso em 3 jan 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/>>. Acesso em 14 dez 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em 11 dez 2015.

REDE HUMANIZASUS. Disponível em: <<http://www.redehumanizadasus.net>>. Acesso em 5 mar 2016.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE – SciELO. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em 18 set. 2015.

APÊNDICE A - ESTADO DA ARTE

Como tema para a elaboração do Estado da Arte, utilizamos os termos Comunicação Organizacional e Saúde em Banco de Teses da Capes, Scielo e Sabi Ufrgs. Nas buscas poucos trabalhos foram encontrados, portanto também pesquisou-se pelos termos Comunicação Organizacional e Humanização.

Encontramos na busca do Banco de Teses da Capes 56 registros, com as palavras-chave Comunicação Organizacional e Saúde em programas de pós-graduação em Comunicação. Apenas três desses trabalhos possuem alguma semelhança nos temas, sendo um da área da Administração, um da Saúde Coletiva e um da Comunicação, todos em nível de mestrado acadêmico.

A dissertação da área da administração de autoria de Vinicius Oliveira do Nascimento, tem como título “Comunicação em uma Organização de Saúde Pública: um estudo na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia - Hemoba”, produzido em 2012 na Universidade de Salvador. O trabalho teve como objetivos estudar em profundidade a comunicação da organização, averiguando as estratégias de comunicação utilizadas para sensibilizar e aumentar a doação de sangue, analisar as peças comunicacionais e verificar a eficácia das mesmas junto ao público, identificando imagem, identidade e reputação da organização junto aos públicos interno e externo. Como metodologia o autor utilizou pesquisa qualitativa e quantitativa de caráter exploratório e descritivo. Foram formulados dois roteiros de entrevistas, um para o público interno e outro para o externo, e entrevistados 22 profissionais do hospital e 40 doadores. A partir das entrevistas foi realizada análise e constatado que a comunicação feita pela Hemoba necessita de melhorias, apesar da organização possuir uma imagem sólida, uma identidade de compromisso e uma reputação boa perante os seus públicos.

Esse trabalho contribui para Campo da Comunicação e Saúde pois analisa como as mensagens da organização angaria novos doares. Apesar dos resultados nem sempre serem positivos nas pesquisas científicas, vale ressaltar que o estudo contribui para melhorar os processos comunicacionais. Aqui também percebemos que não é tarefa fácil desenvolver a comunicação e efetivar as práticas nas

instituições de saúde, pois se constitui em um contexto de fragilidade, lidando com a doação e solidariedade.

A pesquisa de Cristiane Lopes Ferreira, desenvolvida no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, em 2011, com o título “Humanização e Gestão Estratégica numa Instituição de Pesquisa: o caso do IPEC”, teve como objetivo analisar a incorporação da Política Nacional de Humanização nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC). A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com profissionais, usuários e gestores dos três laboratórios. Como resultados, os discursos revelaram a maioria dos gestores e profissionais não conhecerem a Política Nacional de Humanização, porém o Instituto desenvolve práticas de humanização em suas ações. Podemos verificar que a dissertação traz um dado importante, e que talvez seja um pressuposto dessa temática, pois os entrevistados não conhecem a Política, mesmo a organização promovendo práticas, que possivelmente não utiliza a nomenclatura. De qualquer forma, a pesquisa é relevante e contribui para pensar nas possibilidades de encontrar resultado semelhante em nossa pesquisa.

A dissertação “As Relações Comunicacionais em um ambiente organizacional hospitalar à luz da autoipoiese” de Michelle Maia Paris, desenvolvida em 2011, na área de comunicação da Universidade Católica de Brasília, teve como objetivo conhecer quais fatores influenciam a comunicação no ambiente organizacional hospitalar. Foi realizada pesquisa exploratória e estudo de caso, por meio da aplicação das técnicas de observação participante, entrevistas e histórias de vida, com profissionais de marketing e comunicação, médicos, enfermeiros, atendentes, pacientes e acompanhantes. Como resultado, a autora descreve que as seleções, as imprecisões na troca de informações, a cultura, o comportamento, a personalidade e o temperamento de cada indivíduo influenciam nas relações comunicacionais na organização e entre os indivíduos. Constata também que não acredita que os discursos formados no ambiente organizacional possam ser mensurados e transformados em comunicação excelente e eficaz, pois os indivíduos estão sempre participando, construindo e reestruturando sentidos nos múltiplos processos comunicacionais organizacionais, interpessoais, intra e intersistêmicos.

Dessa forma, inferimos que a pesquisadora chegou a um contrassenso da teoria, fundamentando seus resultados na pesquisa realizada.

Na consulta realizada com as palavras-chave comunicação organizacional e humanização no mesmo banco de dados, foram encontradas cinco dissertações e duas se relacionam com esse estudo, sendo dissertações da área da comunicação.

O trabalho desenvolvido por Ademir Balbino Siqueira Filho tem como título “Comunicação Organizacional e Fatores de Humanização: capital social e Humor” de 2012, foi elaborado na Faculdade Cásper Líbero de São Paulo e se propôs a pesquisar o processo de humanização da comunicação organizacional através da análise de duas dimensões relacionais: capital social e humor. Por meio de análise de jornal produzido por uma indústria metalúrgica, o autor chegou a conclusões de que o humor é capaz de fazer com que os indivíduos desenvolvam concordância e laços de relacionamento, também é capaz de ativar redes de relacionamento visando o bem comum e que oportunizar espaço para a negociação e o diálogo remetem às práticas de humanização.

A pesquisadora Solange Aparecida de Moura, desenvolveu dissertação “A Contribuição das Relações Públicas no Processo de Humanização nas Organizações: estudo de caso do Grupo Biofast”, em 2012, na Universidade de São Paulo e estudou como as relações públicas podem contribuir no processo da humanização das organizações. Por meio de estudo de caso no Grupo BIOFAST, a autora realizou observação participante, documental e de campo com 133 funcionários e 25 entrevistas com os executivos da empresa. Os resultados foram que na organização a atividade de relações públicas são desconhecidas como função estratégica de relacionamento entre os públicos. Por isso, constata que a dimensão da humanização necessita do apoio do processo de comunicação para que as interações sociais sejam verdadeiras trocas de significado. Por este estudo podemos observar que é a que mais se aproxima da pesquisa que foi desenvolvida, no sentido de aproximar a comunicação da humanização, mesmo sendo desenvolvido em diferentes tipos de empresas.

Referente à busca no Sabi Ufrgs, apenas duas dissertações de mestrado foram encontradas no ano de 2006, relacionados à comunicação e saúde. Nenhum

deles propõe alcançar os objetivos aqui pretendidos, portanto configura oportunidade de aprofundamento e colaboração aos temas estudados.

As pesquisas que se aproximam da nossa temática foram desenvolvidas nos anos de 2011 e 2012 e desde lá, não encontramos pesquisas atuais sobre o tema. Dessa forma, as buscas nos bancos de dados não apontam para outros estudos realizados no Campo da Comunicação que verifiquem como a gestão da comunicação organizacional em Hospitais Universitários Públicos no Brasil contribui para implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) e também não encontramos nenhum trabalho que estude os hospitais universitários por região no Brasil, tornando a pesquisa inédita.

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Objetivo da entrevista: Obter dados que subsidiem a compreensão do processo comunicacional em Hospitais Universitários públicos com a finalidade de analisar as respostas dos gestores da comunicação e dos materiais que disponibilizarem para constatar a participação da comunicação na concretização de ações de humanização.

Dados básicos

Profissão: _____

Cargo: _____

Tempo no cargo: _____

Tempo na empresa: _____

Bloco 1 - Estrutura da Assessoria de Comunicação

1. Como está constituída a Assessoria/Coordenadoria de Comunicação do HU?
2. Quais profissionais de comunicação atuam na Assessoria?
3. A comunicação tem papel estratégico dentro das diretrizes da instituição?
4. Existe alguma política ou plano que norteie os processos comunicacionais no HU?
Se sim, qual?

Bloco 2 - Conhecimento geral da PNH

5. Você conhece a Política Nacional de Humanização (PNH)?
(se a resposta for “não”, encerre a pesquisa)
6. Cite as ações vinculadas à PNH que você conhece.
7. A PNH é conhecida pelos funcionários?

Bloco 3 - Comunicação da PNH

8. A instituição comunica a PNH e suas ações?
(se a resposta for “não”, encerre a pesquisa)
9. Cite quais os meios de comunicação que a instituição utiliza para divulgar a PNH e ações realizadas pelo hospital e pela Assessoria/Coordenadoria de comunicação.
10. Você acredita que o processo comunicacional promove a humanização entre o HU e seus funcionários? Que fato exemplifica/justifica sua resposta?

11. Você acredita que a comunicação contribui para a concretização da PNH na sua instituição? Por qual motivo?

12. Existe algum instrumento para comprovar que a PNH é colocada em prática? Se sim, qual?

Bloco 4 - Conteúdo das mensagens

13. Qual o processo de elaboração das mensagens veiculadas nos materiais de comunicação sobre a PNH?

14. Quais profissionais se envolveram na produção dessas mensagens?

15. Quem realiza a aprovação final dos materiais de comunicação sobre a PNH?

16. Existe algum instrumento que mede o impacto das mensagens emitidas pelo hospital sobre a PNH no público?

17. Poderia ceder os materiais de comunicação citados na entrevista para análise nessa mesma pesquisa?

Obrigada por sua participação.

APÊNDICE C – MODELO DE CONVITE PARA ENTREVISTA

Convite aos entrevistados

Estou desenvolvendo pesquisa de doutorado no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobre a participação da comunicação na implantação da Política Nacional de Humanização em Hospitais Universitários no Brasil. Para isso entro em contato para verificar a possibilidade da participação em entrevista do gestor de comunicação do Hospital Universitário

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Ufrgs e cadastrado na Plataforma Brasil sob o nº 2.014.940.

Desde já agradeço sua atenção.

Camila Barths

Doutoranda PPGCOM Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APÊNDICE D – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., estou sendo convidado(a) a participar do estudo denominado “COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E SAÚDE: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS” que tem o objetivo geral estudar como a gestão da comunicação organizacional nos Hospitais Públicos Universitários contribui para o desenvolvimento, concretização e relacionamento humanizado entre as instituições de saúde e seus públicos, utilizando como elemento norteador a Política Nacional de Humanização. As informações colhidas nas entrevistas serão usadas somente para fins de pesquisa, e contribuirão, possivelmente, para as investigações da área da Comunicação Organizacional, bem como para as práticas de relacionamento das organizações com seus públicos, podendo melhorar a qualidade de vida no trabalho.

Como em todas as pesquisas que envolvem seres humanos, nesta também há riscos, os quais se referem ao fato de que as questões propostas pelo pesquisador podem causar, nos sujeitos participantes, cansaço, constrangimento e lembranças de experiências e situações vividas desconfortantes. Porém, assume-se o compromisso de manter esses riscos ao mínimo.

Minha participação neste estudo será a de conceder um relato através de entrevista, no qual irei discorrer sobre minhas práticas diárias dentro da organização e expor minhas opiniões sobre o tema da pesquisa. Estou ciente de que poderei discorrer livremente sobre as questões propostas pelo pesquisador, sem qualquer imposição. É de meu conhecimento que será mantido sigilo quanto ao meu nome. Fui informado ainda que o áudio da entrevista será gravado para posteriores análises, bem como estou ciente de que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificativas e, por conta disso, não sofrerei nenhum tipo de contestação e/ou prejuízos. Estou seguro que tenho livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre este trabalho.

Fui informado que o pesquisador responsável pelo estudo é a Prof^a. Dr^a. Karla Maria Muller, docente do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e

Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), orientadora da autora do projeto, Camila Caroline Barths, discente de doutorado no mesmo programa. E somente esses pesquisadores terão acesso as minhas informações. Caso houver qualquer dúvida, após a realização da entrevista, poderei contatá-los através do fone (51) 3308-5116 ou do e-mail kmmuller@ufrgs.br. Caso seja necessário, também fui informado a entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do fone: (51) 3308-3738 ou no endereço: Rua Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 - Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, em Porto Alegre/RS, CEP: 90040-060.

Assim, tendo sido orientado(a) sobre o conteúdo de todo trabalho e compreendida a natureza e o objetivo deste estudo, manifesto meu livre consentimento em participar desta pesquisa, ciente de que não há nenhum valor a ser pago e/ou recebido por minha participação.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e está em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o entrevistado.

....., de de 2017.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE E – QUADRO CATEGORIAL

Hospital	Categorias		
	Estrutura	Conhecimento	Comunicação
Hospital A	<p>Mudança de gestão; Inexistência da comunicação no organograma; Comunicação ligada à superintendência; Equipe reduzida; Falta de recursos humanos; Falta de autonomia; Operacional; Inclusão da comunicação no plano estratégico; Macroproblema; Expectativa de melhorias; Inexistência de política de</p>	<p>Conhece a PNH; Pesquisa por conta própria; Ligada à Enfermagem; Relacionada ao acolhimento; Ações que não estão vinculadas à comunicação; Protocolos operacionais assistenciais e de atendimento; Parto humanizado; Pouco contato com a equipe assistencial; Funcionários da parte administrativa não conhecem a PNH; Talvez os gestores administrativos</p>	<p>Não existe comunicação da PNH; PNH por meio da comunicação pessoal; Matéria jornalística sobre humanização;</p>

	<p>comunicação;</p> <p>Proposta de criação de política;</p> <p>Planejamento interno de curto prazo;</p> <p>Não há histórico da Assessoria de Comunicação antes da Ebserh.</p>	<p>conheçam;</p>	
Hospital B	<p>Não há equipe;</p> <p>Comunicação não tem papel estratégico;</p> <p>Não existe políticas;</p>	<p>Conhece a PNH;</p> <p>Ações de datas comemorativas;</p> <p>Funcionários conhecem a PNH;</p>	<p>HU não comunica a PNH e suas ações;</p>
Hospital C	<p>Coordenadoria de comunicação não está no organograma;</p> <p>Profissionais de comunicação na atual na coordenadoria;</p> <p>Participação no plano estratégico;</p> <p>Elaboração de plano de comunicação institucional;</p> <p>Existe política de comunicação;</p> <p>Equipe multidisciplinar elaborou a</p>	<p>Conhece a PNH de forma geral;</p> <p>Pesquisa de satisfação pela ouvidoria;</p> <p>Comissão de humanização, mas não conhece as ações;</p> <p>Não sabe se os funcionários conhecem a PNH;</p>	<p>Não há comunicação da PNH;</p>

	política;		
Hospital D	Não tem equipe; Estrutura do hospital não condiz com a estrutura da comunicação; Profissional sem formação; Existe plano de comunicação;	Conhece PNH superficialmente; Datas comemorativas; Assistência; Área administrativa não tem conhecimento.	HU não divulga a política, somente as ações;
Hospital E	Possui equipe, mas não são formados em comunicação; Existe plano de comunicação; Está no organograma do hospital;	Conhece o comitê de humanização;	Comunica ações do comitê;

Fonte: elaboração pela autora Camila Barths (2018)

APÊNDICE F – DADOS COLETADOS EM DOCUMENTOS DOS HU'S

HU	Recorte Comunicação	Elementos associados	Recorte Humanização	Elementos associados
Hospital A	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: definir canais e processos de comunicação; • Objetivos específicos: Definir canais e processos de comunicação e de trabalho para contribuir na qualidade da assistência; • Macroproblema: comunicação • Falha de comunicação entre a gestão superior do Hospital A e as faculdades; • Inércia e comunicação ineficaz; • Com isso, podemos concluir que integração e comunicação entre as diversas áreas 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de processos comunicacionais; • Contribuição; • Falha de comunicação; • Comunicação como motivo para outros problemas; • Falta de pertencimento; • Falta de engajamento; • Baixo custo; • Divulgação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a cultura de humanização na instituição; • Em 2008 também foi iniciada a implantação da Política Nacional de Humanização, fortalecendo o alinhamento com as políticas assistenciais prioritárias para o SUS; • Objetivos específicos: Implementar a cultura de humanização na instituição buscando a eficiência e eficácia na assistência integral ao paciente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da PNH; • Cultura; • Foco no paciente; • Orientação;

	<p>internas envolvidas são fatores fundamentais;</p> <ul style="list-style-type: none"> •Esse é um fato importante quando consideramos que a comunicação em saúde é uma ferramenta de baixo custo para a prevenção primária e que estudos sobre competência cultural têm focalizado modelos treináveis que levam à reflexão sobre o modo de atuação antes de estar diante de cada usuário de um sistema de saúde; •Ligada à divulgação das ações. 		<ul style="list-style-type: none"> •Tema do plano: Humanização da saúde; •Aderência à lista de contribuições: 56% incluindo a humanização em saúde; •Organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização. 	
Hospital B	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação: a implantação da Assessoria de Comunicação (ASCOM) no Hospital B foi um marco nas ações do ano de 2016, após a 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de Assessoria de Comunicação como ganho para o HU; • Execução de 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores: humanização; • Atenção à saúde: grandes avanços na área de humanização que garantiram a qualidade dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da humanização; • Qualidade • Reforço da imagem; • GT Humanização;

	<p>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) assumir a gestão plena da unidade hospitalar. Antes da federalização, as questões relacionadas ao segmento eram realizadas pela Secretaria de Comunicação do Governo do Estado, quando demandados pelo Hospital B;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vale ressaltar que a partir deste ano, a Diretoria de Comunicação (Dicom) da Hospital B passou a produzir releases do hospital, de fevereiro até abril, quando a profissional assumiu a chefia na Unidade de Comunicação; • Mais que disseminar 	<p>atividades técnicas de comunicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação como engajamento; • Comunicação instrumental; • Desenvolvimento de ações voltadas aos funcionários e público externo ao HU; • Ampliação dos canais de comunicação; • Divulgação de ações. 	<p>serviços prestados ao usuário e tem contribuído para a construção de uma nova imagem para o Hospital B;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão do cuidado: foram criados os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); • A Política de humanização foi trabalhada durante todo o ano de 2016, sendo as ações de humanização transitadas por todas as áreas do hospital. No diagnóstico realizado por técnicos do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (ISL-EP), no início 	<ul style="list-style-type: none"> • PNH; • Responsabilidade Social; • Ações datas comemorativas.
--	---	--	---	--

	<p>informações e colaborar para a motivação dos funcionários, a comunicação interna tem hoje o desafio maior de traçar meios para engajar o funcionário dentro da organização. Com este intuito, uma das ações iniciadas em 2016 foi o envio de cartão de aniversário para o e-mail dos funcionários, e a parceria da Unidade de Comunicação nos eventos voltados a este público, com a cobertura jornalística e apoio na organização;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os meios de comunicação interna prevalentes no Hospital B são o uso de e-mails 		<p>do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, identificou-se que a aderência do hospital às boas práticas no âmbito de Humanização da Saúde apresentou impacto positivo, devido à promoção do acolhimento ao usuário; à política que contempla critérios de visita, direitos e deveres dos acompanhantes, e ao serviço de Ouvidoria em funcionamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foi criado também, um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e 	
--	---	--	---	--

	<p>institucionais, murais e reuniões. Para ampliar os canais de comunicação, em parceria com o setor de informática, a UC pretende em 2017 a criação da intranet e a produção de informativo mensal específico para os colaboradores, de modo que a governança terá um espaço para dialogar e os funcionários poderão interagir entre si;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografias produzidas pela assessoria de comunicação para divulgação de ações; • Ação: desenvolver programa de comunicação institucional e integrada para o público interno e externo; 		<p>realizada a primeira reunião deste grupo (Dezembro/2016) com a participação de representantes de algumas chefias das gerências, em que foi discutida a Política Nacional de Humanização (PNH);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade Social: eventos - No ano de 2016, foram realizadas diversas atividades relacionadas à Humanização no ambiente hospitalar, destacando-se as atividades lúdicas e educativas direcionadas as crianças internadas; • Atividades com crianças: 	
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Para ampliar os canais de comunicação, para 2017, está prevista a criação de revista semestral, com espaço para divulgação científica, além das ações do hospital; criação de perfil nas redes sociais para abarcar os novos públicos com a inserção da universidade no contexto do hospital; trabalhar a Identidade visual da unidade hospitalar e desenvolver campanha institucional de divulgação do Plano de Desenvolvimento Estratégico do Hospital B 2017-2018 em parceria com a chefia de planejamento.		atividades como a confecção de lembrancinhas para o dia das mães pelos próprios pacientes pediátricos com acompanhamento da equipe de humanização.	
--	--	--	--	--

Hospital C	<ul style="list-style-type: none"> • Macroproblema: comunicação organizacional ineficiente; • Objetivos específicos: melhorar os processos de comunicação interna e externa do Hospital C; • Adicionalmente, foram identificadas outras oportunidades de melhorias diante da realidade do Hospital C: elaboração de um plano institucional de comunicação; • Fraquezas: comunicação • Comunicação não efetiva dentro da instituição mereceria olhares diversos e uma discussão mais abrangente com o objetivo de produzir um plano de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Problema; • Ineficiência; • Melhorias; • Fraqueza; • Definição; • Divulgação Política de comunicação; • Divulgação de materiais para pacientes; • Plano de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores: humanização; • Aderência à lista de contribuições: Humanização da Saúde; • Fraquezas: humanização na assistência; • Contratualização: Pressupõe ainda um potencial indutor de várias políticas prioritárias do SUS com interfaces com HE, como a Política Nacional de Humanização (PNH); • “Tecnologia” e “Humanização” estariam então combinadas, no desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza; • Conhecimento da PNH; • Relação entre humanização e tecnologia.
------------	--	--	---	--

	<p>institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade de melhorias: Definição e divulgação de Política de comunicação, considerando as dimensões ensino, pesquisa e assistência. • Implantação e divulgação de Política de informação e orientação ao usuário e família contemplando a disponibilização de materiais de comunicação e informação em todas as fases dos cuidados do usuário; Divulgação da Política de comunicação externa; • Ação 50: Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional 		<p>como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.</p>	
--	---	--	--	--

	contemplando a Política de Comunicação da Ebserh.			
Hospital D	<ul style="list-style-type: none"> • Outra iniciativa necessária para atender às exigências do Programa HumanizaSUS e da rede EBSEH foi a implantação da Ouvidoria, como uma ferramenta de relacionamento com a sociedade. O objetivo da Ouvidoria é propiciar a comunicação entre o hospital e seus clientes internos e externos, contribuindo para a melhoria contínua de seus processos e o aprimoramento dos serviços prestados, além de apoiar tecnicamente e atuar em conjunto com as áreas 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias; • Relacionamento • Qualidade; • Melhoria da comunicação interna; • Monitoramento; • Capacitação; • Plano de ação; • Estratégias; • Melhoria da imagem institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores desenvolvidos durante as atividades de graduação – como gestão da clínica; • Horizontalização do cuidado, humanização, ética e trabalho multidisciplinar – pudessem ser aplicados na rotina de cuidar, consolidando um modelo de cuidado que incorpore os valores da clínica ampliada, da humanização, da interdisciplinaridade e da gestão da clínica; • Objetivos específicos: 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanização do ensino; • Incipiência nos programas de humanização; • Capacitação dos profissionais para implantar a PNH; • Direito constitucional à saúde; • Implantar política única de humanização conforme Humanizasus; • Contemplar todas

	<p>internas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantar e manter canais e processos de comunicação e de trabalho para contribuir na qualidade da assistência, ensino e pesquisa; • Um benefício direto da definição dos processos seria a melhoria na comunicação interna do hospital, um dos vários problemas levantados pela equipe; • Macroproblema: Deficiência de comunicação interna e externa; • Assim, do ponto de vista da elaboração deste PDE, a escolha desse macroproblema diz respeito essencialmente à 		<p>viabilizar processos assistenciais aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Macroproblema: implementação incipiente de estruturas e programas para humanização direcionados aos trabalhadores e usuários; • A capacitação de profissionais é importante ferramenta para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), que visa debater e reestruturar os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação 	<p>as diretrizes do Humanizausus.</p>
--	---	--	---	---------------------------------------

	<p>sua própria implementação, com a construção de ferramentas de monitoramento e a capacitação da equipe para utilizá-las, bem como das estratégias de comunicação necessárias à sua divulgação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações: realizar um diagnóstico da comunicação interna e externa; desenvolver plano de comunicação do Hospital D; implementar o plano de comunicação; • Resultados esperados: 1. Melhorar imagem institucional na comunidade (Hospital D, população, Sede, forças políticas); 2. Melhorar a satisfação dos profissionais do 		<p>dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social é exercido;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações planejadas: estabelecer e implantar a política única de humanização do Hospital D em consonância com as diretrizes do HumanizaSUS; • Resultado esperado do Plano de Ação: contemplar todas as diretrizes do HumanizaSUS; • Ampliação do acesso com redução de filas e do tempo de espera; • Atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em 	
--	--	--	---	--

	HU; 3. Melhorar o alinhamento entre as áreas do HU nos níveis estratégicos, táticos e operacionais.		<p>critérios técnicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantação de modelo de atenção com coresponsabilização e vínculo; • Garantia dos direitos dos usuários; • Valorização do trabalho na saúde; • Gestão participativa nos serviços. 	
Hospital E	<p>Não há registro da estrutura da comunicação. Exemplo:</p> <p>Nas ações estratégicas a comunicação na aparece como ação, meta ou mensuração.</p>	<p>A comunicação não está contemplada nas ações planejadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valores: humanização; • Meta de atenção à saúde; • Política de humanização: Adotar as diretrizes da Política Nacional de Humanização priorizando o acolhimento nas unidades de acesso, visita ampliada, 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores; • Adequação à Política.

			garantia do acompanhante e o cuidado multiprofissional.	
--	--	--	---	--

Fonte: Elaboração da autora Camila Barths (2018)

APÊNDICE G – DECIFRAÇÃO ESTRUTURAL

HU	Estrutura	Conhecimento	Comunicação
Hospital A	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação pouco valorizada; • Expectativas de melhorias com a mudança de gestão; • Atividades operacionais; • Não possui políticas que respaldem a autonomia da área. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece a PNH por conta própria; • Ligada à Enfermagem; • Relacionada ao acolhimento; • Ações da PNH não estão vinculadas à comunicação; • Parto humanizado; • Funcionários administrativos não conhecem a política. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe comunicação da PNH; • PNH por meio da comunicação interpessoal; • Divulgação no site sobre humanização.
Hospital B	<ul style="list-style-type: none"> • Não há estrutura para uma assessoria de comunicação; • Comunicação desvalorizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece a PNH; • Ações de datas comemorativas; • Funcionários conhecem a PNH. 	<ul style="list-style-type: none"> • HU não comunica a PNH e suas ações.
Hospital C	<ul style="list-style-type: none"> • Participação no plano estratégico; • Respaldados por política de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece a PNH de forma geral; • Pesquisa de satisfação pela ouvidoria; • Comissão de humanização, mas não conhece as ações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há comunicação da PNH.

Hospital D	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe e estrutura de comunicação desvalorizada; • Profissional de gestão sem formação; • Norteados pelo plano de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece pouco a PNH; • Relacionada à datas comemorativas à assistência. 	<ul style="list-style-type: none"> • HU não divulga a política, somente as ações.
Hospital E	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação é estratégica no HU; • Possui equipe, mas não são formados em comunicação; • Existe plano de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o comitê de humanização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica ações de humanização do comitê.

Fonte: Elaboração da autora Camila Barths (2018)