

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL– UCS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM TURISMO

GILBERTO DIAS DA ROSA JUNIOR

HOTELARIA HOSPITALAR:  
UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA

Caxias do Sul

2008

**GILBERTO DIAS DA ROSA JUNIOR**

**HOTELARIA HOSPITALAR:  
UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Turismo da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Turismo, Área de Concentração: Desenvolvimento Regional do Turismo.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Honorato Schuch Santos

Caxias do Sul

2008

*O destino é uma questão de escolha*

*Augusto Cury*

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado à Evandra Borges Dias da Rosa, por todo amor, cuidado e dedicação a mim destinado nestes 18 anos juntos!

Às minhas filhas amadas Caroline e Giandra, por terem me escolhido e me proporcionado a honra de ser pai!

À Direção, Gerências e Funcionários do Hospital Divina Providência.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me permitido chegar até aqui. Graças à Sua bondade, meu caminho tem sido uma linha reta.

Agradeço à minha esposa, Evandra, que sempre esteve ao meu lado, acreditando, compreendendo e incentivando os meus projetos, relegando muitas vezes os seus. São por estes e outros motivos (que também já sabes) que és o amor de minha vida, “por tudo, para tudo”.

À minha filha mais velha, Caroline, por ter várias vezes assumido o comando de nossa empresa, para que eu pudesse assistir as aulas ou realizar os trabalhos, além, é claro, de todo amor e confiança em mim depositados.

À minha filha caçula, Giandra, pelo companheirismo e compreensão das minhas ausências no período do mestrado.

À minha mãe, Julieta, pelo seu amor incondicional.

Ao meu pai, Gilberto, por ter me permitido o acesso a uma educação de qualidade, provendo todas as situações para que nada me faltasse.

Às minhas avós Yolanda e Maria (*in memoriam*), certamente vocês devem estar na Luz e muito felizes por esta conquista.

Ao mestre Alonso, “meu amigo de fé, meu irmão, camarada, amigo de tantos caminhos, de tantas jornadas. Cabeça de homem, mas um coração de menino!” Alonso, “você é o mais certo, das horas incertas!!”.

Ao mestre Charles Grazziotin, por ter acreditado no meu potencial e me aberto as portas da docência.

À mestre Inês “Perua” Przybylski, pelas sobremesas deliciosas e pela amizade incondicional.

Aos mestres “colorados” Pablo Espíndola e Helena Charko Ribeiro, por terem me auxiliado na condução de um projeto de responsabilidade social. Sem vocês, dificilmente teria conseguido concluir este mestrado, obrigado!

Aos meus sogros, pela compreensão e amor. Vocês são espetaculares e podem contar comigo, sempre!

À FARGS, faculdade a qual leciono, pela oportunidade oferecida e voto de confiança.

À direção do Hospital Divina Providência, na figura do Dr. Flores, pelo interesse, oportunidade e acesso total às informações necessárias à redação deste trabalho. Dr. Flores, o senhor e sua equipe foram fantásticos!

À Andréa Salgueiro e Elis Calvi, por sua intensa colaboração e boa vontade, não há palavras para expressar minha gratidão a vocês!

Às enfermeiras Renita, Vanila, Janete (oi, colega...), Nara, Adriana e Rochele, por facilitarem o acesso aos pacientes e pela boa vontade em ajudar. Também agradeço a equipe de técnicos de enfermagem e secretários dos postos, ambos sob o comando destas enfermeiras espetaculares!

Aos demais familiares, amigos e colegas de mestrado que de uma forma ou de outra auxiliaram ou apoiaram para esta conquista!

Um agradecimento especial ao meu orientador, Carlos Honorato, por ter acreditado e me ensinado a ter “linguagem acadêmica”...Viu? Conseguimos!!! Muito obrigado!

## RESUMO

Atualmente, percebe-se que alguns hospitais procuram transformar sua imagem, deixando de ser um espaço de doença e sim um ambiente de saúde. Existem similaridades de serviços entre hotel e hospital e a implantação dos conceitos de serviços de hotelaria hospitalar pode ser relevante. Com o objetivo de verificar se as condições de estrutura e atendimento dos setores relacionados à hotelaria hospitalar são determinantes na escolha de um hospital pelo paciente, foi realizado um estudo de caso no Hospital Divina Providência. Para tal, estas condições foram analisadas através de aplicação de questionários aos pacientes e acompanhantes, entrevista com gestores do hospital e observação direta nos setores relacionados à hotelaria hospitalar. Este trabalho constata que a influência do médico é determinante na escolha de um hospital, porém, a estrutura e o serviço de atendimento de hotelaria hospitalar também são relevantes neste processo.

**Palavras-chaves:** hotelaria hospitalar; atendimento; estrutura de serviços.

## **ABSTRACT**

Currently, it is possible to understand that some hospitals are turning their image, leaving to be an area of disease but rather an environment of health. There are similarities between the hotel and hospital services and the implementation of the concepts of hospital catering services may be relevant. In order to ascertain whether the conditions of the structure and service sectors related to the hospitality of the hospital are decisive in choosing a hospital by the patient, a study was conducted in the case of Divine Providence Hospital. To this end, these conditions were analyzed through application of questionnaires to patients and associates, interviews with managers of the hospital and direct observation in sectors related to hospital hospitality. This study finds that the influence of the physician is crucial in choosing a hospital, but the structure and service organization of hospital hospitality are also relevant in this process.

**Keywords:** hospital catering; care; services.

## LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Conceito de serviço: duas perspectivas .....	19
Figura 2 – Estrutura de gestão hospitalar .....	22
Figura 3: O processo de compra: atividades do cliente na escolha, utilização e avaliação do serviço.....	24
Figura 4 – As dimensões da hospitalidade.....	32
Figura 5: Os cinco componentes básicas da organização .....	34
Figura 6: O fluxo de autoridade formal .....	36
Figura 7: O fluxo de atividades reguladas .....	37
Figura 8: O fluxo da comunicação informal .....	38
Figura 9: O conjunto de constelações de trabalho .....	39
Figura 10: O fluxo de processo de decisão <i>ad hoc</i> .....	40
Figura 11: O funcionamento da organização .....	41
Figura 12: Comparativo entre hotel e hospital no setor de hospedagem .....	47
Figura 13: Organograma da U.N.D. ....	52
Figura 14: estrutura do processo de assistência médica .....	55
Figura 15: Esquema de prestação de serviços hospitalares .....	63
Figura 16: Internações por Especialidades x Idades – 2006.....	72
Figura 17: Internações por Especialidades x Idades – 2007.....	72
Figura 18: Internações por Especialidades x Idades – 2006.....	73
Figura 19: Internações Maiores de 18 anos x Especialidades – 2007 .....	73
Figura 20: Internações por Especialidades x Idades – 2006.....	74
Figura 21: Categorias x Especialidades – 2007 .....	74
Figura 22: Internações Cirúrgicas e Obstetrícias – 2006 e 2007.....	75
Figura 23: Etapas do procedimento metodológico .....	79
Figura 24: Produtos utilizados nas limpezas e diluições. ....	90
Figura 25: Benefícios da Hotelaria Hospitalar .....	118
Figura 26: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos pacientes .....	138
Figura 27: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos acompanhantes .....	143
Figura 28: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos pacientes .....	148
Figura 29: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos acompanhantes .....	153
Figura 30: Auxílio ao paciente na escolha do hospital .....	159

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Internações Hospital Divina Providência – 2006 .....	70
Tabela 2: Internações Hospital Divina Providência – 2007 .....	71
Tabela 3 - Disposição das variáveis (pacientes) .....	77
Tabela 4 - Disposição das variáveis (acompanhantes) .....	78
Tabela 5 - Existência de problemas a serem solucionados pela equipe de atendimento .....	120
Tabela 6 - Agilidade na solução de problemas.....	120
Tabela 7 - Conhecimentos sobre hotelaria hospitalar .....	121
Tabela 8 - Transmissão de acolhimento e hospitalidade pelos gestores .....	122
Tabela 9 - Percepção de acolhimento e hospitalidade.....	123
Tabela 10 - Avaliação dos serviços do hospital.....	127
Tabela 11 - Sugestões dos acompanhantes .....	128
Tabela 12 - Tempo de permanência diário dos acompanhantes na unidade de internação .....	130
Tabela 13 - Relação do Grau de Parentesco x Tempo de Permanência com o Paciente .....	130
Tabela 14 - Perfil dos pacientes pesquisados .....	132
Tabela 15 - Perfil dos pacientes femininos pesquisados.....	133
Tabela 16 - Perfil dos acompanhantes pesquisados.....	134
Tabela 17 - Perfil dos acompanhantes femininos pesquisados por Grau de Parentesco .....	135
Tabela 18 - Perfil dos acompanhantes masculinos pesquisados por Grau de Parentesco .....	136
Tabela 19 - Dimensões do apartamento .....	139
Tabela 20 - Condições de conforto do acompanhante.....	139
Tabela 21 - Problemas a resolver .....	140
Tabela 22 - Agilidade na solução dos problemas.....	140
Tabela 23 - Respeito ao paciente.....	141
Tabela 24 - Funcionários uniformizados .....	142
Tabela 25 - Qualidade da sinalização interna do hospital .....	144
Tabela 26 - Dimensões do apartamento .....	144
Tabela 27 - Condições de conforto do acompanhante.....	145
Tabela 28 - Existência de problemas a resolver.....	145
Tabela 29 - Agilidade na solução de problemas.....	146
Tabela 30 - Respeito a privacidade dos pacientes, analisado pelos acompanhantes .....	146
Tabela 31 - Tempo despendido na Internação.....	149
Tabela 32 - Conhecimento de normas e procedimentos .....	149
Tabela 33 - Refeições na temperatura ideal para o consumo .....	150
Tabela 34 - Respeito às preferências alimentares dos pacientes .....	150
Tabela 35 - Respeito às preferências alimentares dos pacientes .....	151
Tabela 36 - Problemas a resolver .....	151
Tabela 37 - Agilidade na solução de problemas.....	152
Tabela 38 - Acompanhamento do processo de internação.....	154
Tabela 39 - Tempo despendido na internação.....	154
Tabela 40 - Temperatura da refeição do acompanhante.....	154
Tabela 41 - Respeito às preferências alimentares dos acompanhantes.....	155

Tabela 42 - Considerações sobre a limpeza do apartamento .....	155
Tabela 43 - Problemas a resolver (acompanhantes).....	156
Tabela 45 - Avaliação dos serviços pelos pacientes x faixa etária x categoria .....	157
Tabela 46 - Avaliação dos serviços pelos acompanhantes x faixa etária x categoria x tempo de permanência.....	158
Tabela 47 - Acompanhantes que auxiliaram ao paciente na escolha do hospital ...	160
Tabela 48 - Acompanhantes que auxiliaram ao paciente na escolha do hospital ...	161
Tabela 49 - Fatores que interferiram na escolha do hospital x faixas etárias dos pacientes.....	162
Tabela 50: Fatores que interferiram na escolha do hospital x faixas etárias dos pacientes x quantidade de internações.....	164
Tabela 51 - Fatores que interferiram na escolha do hospital .....	165
Tabela 52 - Avaliação dos serviços pelo paciente.....	166

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	13
1. REVISÃO DA LITERATURA .....	18
1.1 Gestão de serviços.....	18
1.1.1 Gestão de serviços em ambiente hospitalar .....	21
1.1.2. Processo de escolha por um prestador de serviços de saúde. ....	24
1.2. Hospitalidade.....	28
1.2.1. Estrutura organizacional, sob a ótica de Mintzberg. ....	33
1.2.1.1. Setores comuns a hospitais e hotéis.....	42
1.2.1.1.1. Hospedagem .....	42
1.2.1.1.2. Alimentos e bebidas .....	48
1.3. Gestão assistencial e hotelaria hospitalar .....	53
1.3.1. Gestão assistencial .....	53
1.3.2. Hotelaria hospitalar .....	57
1.4. Sistema de análise .....	63
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	65
2.1. Delineamento da pesquisa .....	67
2.2. Ferramentas de trabalho .....	68
2.2.1 Observação direta .....	68
2.2.2 Entrevista com gestores.....	69
2.2.3. Estratégia de coleta de informações. ....	70
2.2.4. Questionários com os usuários .....	76
2.4 Etapas dos procedimentos metodológicos.....	79
3. ANÁLISE DOS DADOS.....	81
3.1. Caracterização da Organização .....	81
3.2 Setores diretamente relacionados com serviços de hotelaria .....	83
3.2.1 Serviço de Nutrição e Dietética (SND) .....	83
3.2.2 Higienização.....	86
3.2.3 Internação .....	91
3.2.4 Enfermagem.....	98
3.3 Condições de estrutura e atendimento destes setores .....	101
3.3.1 Estrutura do setor de Higienização .....	102
3.3.2 Estrutura do Serviço de Nutrição e Dietética (SND).....	104
3.3.3 Estrutura do setor de Internação.....	108
3.3.4 Estrutura do setor de Enfermagem .....	113
3.4 Os investimentos em hotelaria hospitalar realizados pelos gestores. ....	117

3.5 Considerações sobre o perfil dos clientes de saúde, estrutura e atendimento..	131
3.5.1 Perfil de pacientes e acompanhantes .....	131
3.5.2 Estrutura.....	138
3.5.2.1 Pacientes .....	138
3.5.2.1 Acompanhantes .....	143
3.5.3 Atendimento .....	148
3.5.3.1 Pacientes.....	148
3.5.3.2 Acompanhantes .....	153
3.5.4. Avaliações sobre o Serviço do Hospital .....	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	168
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	170
ANEXO A - Modelo de questionário: Paciente .....	174
Esboço da análise das respostas.....	176
ANEXO B - Modelo de questionário: acompanhantes.....	177
Esboço da análise das respostas.....	179
ANEXO C – Roteiro de perguntas aos gestores .....	180

## INTRODUÇÃO

Promover situações de hospitalidade é uma busca antiga da humanidade. Esta prática da hospitalidade possui como aspectos o receber, o hospedar, o alimentar e o entreter, e juntamente com estes aspectos manifestam-se variáveis domésticas, públicas e comerciais. Independente da influência destas variáveis, a hospitalidade tem como princípio o ato de acolher e receber bem um visitante, podendo tornar-se um fator-chave na escolha de um prestador de serviços por um cliente de saúde<sup>1</sup>.

A imagem de insensibilidade e distância do paciente que alguns hospitais transmitiam, pode ser transformada através da humanização do atendimento, refletindo diretamente na prestação de serviços de um hospital. Esta humanização dos processos de serviços no hospital pode ser atingido na aproximação de uma “irmã”: a hotelaria. Hospital e hotel são duas palavras, com sentidos diferentes e com estruturas de serviços muito semelhantes, sendo ambas originadas pela palavra hospitalidade. Tanto hotéis quanto hospitais possuem setores em comum, e, devido a esta proximidade, as organizações de saúde buscam livrar-se da “cara de hospital”, conforme Godói (2004), oferecendo e disponibilizando serviços com características hoteleiras.

Através desta necessidade de disponibilizar serviços diferenciados, surgiu uma nova tendência: a Hotelaria Hospitalar. Embora não seja possível citar um conceito objetivo definido devido ao pouco tempo de existência, a hotelaria hospitalar pode ser entendida pela relação entre paciente, familiar/acompanhante e funcionários do hospital com situações de conforto e bem-estar na estada, atendimento humanizado e no bom ambiente de trabalho.

As diferenças entre os usuários de cada um (hospital e hotel) são opostas. Enquanto que em um hotel se trabalha para cativar e conquistar um cliente, principalmente com o objetivo deste retornar, em um hospital ocorre o processo contrário. O cliente de saúde (paciente ou acompanhante), normalmente está no ambiente hospitalar para se recuperar de problemas de saúde (exceto nos casos de maternidade), onde as lembranças que se levam de um hospital no momento de sua alta, são geralmente de dores e situações de apreensão. A imagem que os hospitais agregavam como ambientes de doença (sem considerar a hospitalidade),

---

<sup>1</sup> Segundo Taraboulsi (2003), a expressão cliente de saúde é utilizada para identificar tanto os pacientes, familiares e acompanhantes.

transformaram-se, através da utilização dos princípios de hotelaria hospitalar, em instituições que promovem ambientes agradáveis para o restabelecimento da saúde, associados evidentemente aos processos médicos.

Outro fator relevante a ser considerado é o impacto positivo que a hotelaria hospitalar pode gerar nas instituições hospitalares. Do ponto de vista da hotelaria hospitalar, o hospital funciona como um hotel, porém com uma clientela com necessidades diferenciadas e com maior grau de sensibilidade. Ao agregar serviços com características hoteleiras a este público, o hospital possibilitará que sua convalescença seja menos traumatizante e menos desgastante para os pacientes, seus familiares e a equipe de atendimento do hospital.

O estabelecimento de um novo paradigma no ambiente hospitalar é um desafio a ser conquistado, que passará, necessariamente, pela humanização dos serviços, através da hotelaria hospitalar. Neste desafio, o papel dos gestores se torna importante, pois caberá a estes a liderança de sua equipe, criando maneiras criativas de motivação, ouvindo sugestões, convidando a todos a participarem do processo. Verbist (2006, p. 221) cita que “ações de humanização e hospitalidade podem ser empreendidas sem muito investimento, mas sim através de boas idéias, de criatividade, do engajamento e envolvimento da equipe do hospital”. Com esta afirmação, a autora se refere indiretamente ao corpo gerencial do hospital, pois o envolvimento e o engajamento na proposta de implantação de serviços de hotelaria hospitalar estão diretamente relacionados ao desejo da direção da organização de saúde de prover atendimento humanizado, conforto e bem-estar, segurança, condições de trabalho para seus funcionários, refletindo os possíveis benefícios desta ação nos pacientes, familiares e acompanhantes. Entretanto, alguns hospitais não possuem seu foco na prestação de serviços, estando mais direcionados ao corpo médico e suas respectivas pesquisas.

Em recente pesquisa realizada pelos estudantes da disciplina de Hotelaria Hospitalar (7º semestre, 2007/2), do curso de Hotelaria das Faculdades Rio-Grandenses (FARGS), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foram pesquisados 100 hospitais distribuídos nas regiões sul, sudeste, centro-oeste e norte/nordeste, sendo que apenas 54 possuíam *site* institucional. Nestes 54 hospitais, os alunos buscavam respostas para duas perguntas: 1) qual o foco dos *sites* institucionais dos hospitais brasileiros, se havia aspectos comerciais que pudessem interferir na escolha do paciente ou apenas o caráter científico para pesquisas e equipamentos modernos

para utilização dos médicos; e 2) qual a nomenclatura utilizada pelo hospital para designar os serviços associados à hotelaria hospitalar.

Os resultados mostraram que 69% dos hospitais pesquisados direcionam o foco de seu site institucional para a área médica e pesquisa científica, enquanto que 15% visam atingir comercialmente os pacientes ou familiares, abordando os benefícios e vantagens que os pacientes do hospital usufruem. Por fim, 17% dos hospitais não identificam claramente qual o objetivo de sua página na Internet.

Quanto à nomenclatura utilizada pelos hospitais para designar os serviços de apoio, 17% utilizam o termo hotelaria hospitalar, sendo que 56% destes estão localizados na região sudeste e 22% nas regiões sul e centro-oeste. Os termos humanização e hospitalidade são adotados, cada um, por 7% dos hospitais pesquisados.

A conclusão que se pode ter foi de que os hospitais estão mais direcionados para conquistar os médicos a disponibilizar opções de escolha aos pacientes pelos serviços de apoio, conforto e segurança oferecidos. Além disto, pode-se constatar que o termo hotelaria hospitalar não constitui senso comum nos hospitais.

Esta pesquisa não confirma o conceito proposto por Verbist (2006, p. 220), a qual considera que a hospitalidade, para as instituições de saúde, “é uma forma destas posicionarem-se e se manterem competitivas no mercado”, estando contrária também a Quevedo (2006, p.10) que afirma que estas instituições devem estar atentas ao oferecimento de serviços diferenciados aos clientes, utilizando como ferramentas as constantes trocas humanas e que a competitividade futura dos hospitais “depende da gestão integral dos mesmos”.

Percebe-se, então, que os hospitais consideram os médicos como “vendedores” dos seus serviços, devido à possibilidade de avaliação da estrutura tecnológica que o hospital disponibiliza e também do grau de credibilidade junto ao paciente, o qual opta em aceitar as sugestões do médico para a solução de sua enfermidade. Entretanto, alguns hospitais estão eliminando de seus quadros funcionais os chamados “médicos integrais”, que são os profissionais que só podiam efetuar intervenções cirúrgicas no hospital a que estavam vinculados. Com esta ação, os hospitais passaram a otimizar suas salas cirúrgicas, pois assim permitiram que outros médicos alugassem a estrutura para seus procedimentos. Esta liberação também pode ser refletida nos pacientes e acompanhantes, que não ficaram “reféns” de submeter-se a hospitais de serviços reconhecidamente deficitários, mas exercer

seu poder de escolha considerando os critérios que podem analisar: conforto, bem-estar e segurança.

Por se tratar de um setor em franca evolução, este estudo foi desenvolvido para responder a seguinte questão:

A estrutura e o serviço de atendimento de hotelaria hospitalar pode influenciar o cliente de saúde na escolha de um hospital?

Com o intuito de responder a questão acima mencionada, foi realizado um estudo de caso no Hospital Divina Providência, localizado em Porto Alegre/RS. Este hospital foi escolhido devido a importância que disponibiliza à humanização do atendimento e está caracterizado no capítulo 3.1 (p. 81).

No desenvolvimento do trabalho foram verificadas algumas questões complementares de pesquisa, que são:

- a) Qual o impacto da estrutura dos setores na prestação dos serviços de hotelaria?; e
- b) Como o cliente de saúde percebe o serviço de atendimento da hotelaria hospitalar?

A partir destas questões, foram definidas como variáveis a estrutura e o atendimento dos setores de hotelaria hospitalar, constituído pela enfermagem, serviço de nutrição e dietética, higienização e internação.

Partindo do problema de pesquisa já delimitado, juntamente com as questões complementares de pesquisa, este trabalho tem como objetivo geral:

Analisar a estrutura e os serviços de hotelaria hospitalar do Hospital Divina Providência.

Os objetivos específicos são:

- Identificar setores diretamente relacionados com serviços de hotelaria;
- Descrever as condições de estrutura e atendimento destes setores;
- Verificar os investimentos em hotelaria hospitalar realizados pelos gestores do hospital.

- Analisar, junto aos clientes de saúde, os atributos de escolha do hospital.

Desta forma, no primeiro capítulo foi realizada uma revisão teórica abordando a gestão de serviços em ambientes hospitalares, como se desenvolve o processo de escolha de um cliente por um prestador de serviços. Outro item levantado na revisão teórica foi a hospitalidade, a partir de seu conceito até sua caracterização nas organizações. As estruturas organizacionais também foram revistas, utilizando-se como referência Mintzberg (1999), embasando também a análise dos dados. Ainda neste capítulo, foram identificadas semelhanças entre os serviços nos hospitais e nos hotéis. Por fim, a gestão assistencial e a humanização encerram a revisão teórica.

No segundo capítulo foram descritos os procedimentos metodológicos adotado neste trabalho para a obtenção das informações relevantes e necessárias para responder a questão central desta pesquisa, com as etapas e estratégias adotadas.

Por fim, a caracterização da organização e a análise dos dados coletados são descritos no terceiro capítulo.

## 1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, foram revistos os autores relacionados ao tema deste trabalho.

### 1.1 *Gestão de serviços*

Percepção e sensibilidade. Com estes dois atributos uma empresa tem grandes possibilidades de estar em vantagem frente a uma concorrente. Ao perceber as tendências da movimentação do mercado e sentir as necessidades e desejos dos clientes, adequando-se para atendê-las, constituir-se-á na diferenciação de serviços. Trez (2006, p. 163) considera que a diferenciação “dar-se-á na forma como a empresa presta seus serviços, buscando cumprir uma demanda do mercado ou utilizando-os como fonte de diferencial”. Santos e Cyrne (2006, p.59) afirmam que

as organizações se deram conta de que, mais importante que conhecer as necessidades dos clientes atuais, é prospectar os futuros desejos daqueles que a empresa quer que sejam seus clientes. Não basta conhecer o perfil atual de consumo deste ou daquele produto ou deste ou aquele consumidor. É preciso, em primeiro lugar, que a empresa defina claramente, quem ela deseja que seja cliente [...] e o nicho de mercado em que deseja atuar. Depois disto é preciso estudar por que aquele cliente consome ou consumiria o produto.

Nos conceitos clássicos de administração havia uma separação entre produto e serviço (Era Ford), sendo que o produto era um bem, algo tangível, e que possuía valor maior em função das suas formas e feições. Já o serviço era considerado como tudo aquilo que não pudesse ser transportado. Esta intangibilidade do serviço, fazia com que, por muito tempo, fosse olhado como algo menor na era industrial. Porém, na era pós-fordista, não há sentido em separar produtos e serviços, tangível e intangível, pois os produtos atualmente para serem competitivos precisam estar embalados com um conjunto de serviços que acabam fazendo parte do próprio pacote do produto. Já existem autores (Simonassi e Leiter; 2003) que adotam um sinal de adição entre produtos + serviços, “o que mostra, claramente, essa necessidade de incorporação do intangível ao tangível” (Santos e Cyrne, 2004). Avino (2006, p. 201 *apud* Albrecht, 1992) complementa afirmando que “a distinção entre produto e serviço está obsoleta, sendo que qualquer trabalho envolve atividades de serviço”.

Milan (2006, p.131) cita que quatro características básicas diferenciam serviços e produtos, de maneira conceitual: (a) intangibilidade [serviços *não podem ser tocados*]; (b) perecibilidade ou deteriorabilidade [os serviços *não podem ser estocados*]; (c) simultaneidade ou inseparabilidade [os serviços *são produzidos e consumidos ao mesmo tempo*]; e (d) heterogeneidade ou variabilidade [potencial de *alta variação no desempenho dos serviços*].

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005, p. 41) abordam a incorporação do intangível ao tangível ao citar que “a compra de um produto é acompanhada de um serviço de apoio (por exemplo, instalação) e a compra de um serviço muitas vezes inclui uma mercadoria (alimentos em restaurante)”. Kotler (2000, p. 448) define serviço como

qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar, ou não, ligada a um produto concreto.

As características dos serviços abordadas por Milan são contestadas por Santos e Cyrne (2004), Avino (2006), Fitzsimmons e Fitzsimmons (2006), pois estes autores consideram a necessidade de incorporação do tangível e do intangível, face que os produtos para serem competitivos, estão acompanhados de um pacote de serviços.

Para Johnston e Clark (2005), no entanto, o conceito de serviço deve ser considerado através de duas perspectivas: a da organização e do cliente (figura 1).

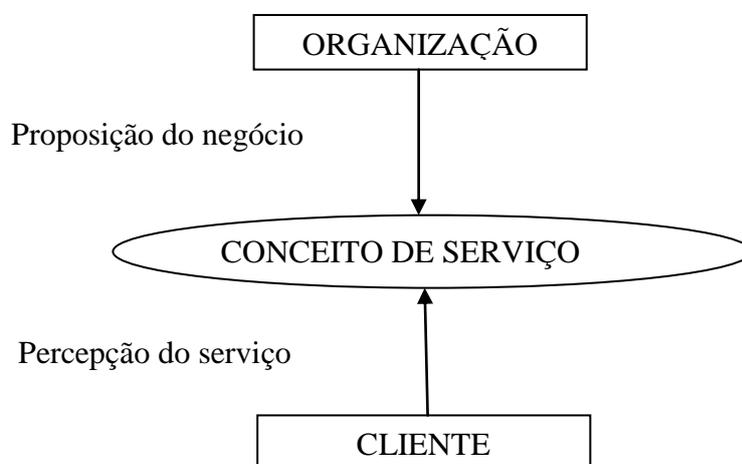


Figura 1 – Conceito de serviço: duas perspectivas  
Fonte: Johnston e Clark (2002, p. 55)

Do ponto de vista organizacional, o conceito de serviço está na proposição do negócio, a maneira como a organização “gostaria de ter seus serviços percebidos por seus clientes, funcionários, acionistas e financiadores”. Na perspectiva do cliente, o conceito de serviço “é o modo pelo qual o cliente percebe o serviço”. Para Johnston e Clark (2002, p. 55) , é importante ressaltar que nem sempre o cliente consegue descobrir quais os serviços que a organização está oferecendo e que da mesma maneira, muitas empresas não entendem como seus clientes vêem seus serviços.

Avino (2006, p. 202) cita que “a compra de um serviço representa uma experiência”. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005, p. 30) conceitua serviço como “uma experiência perecível, intangível, desenvolvida para um consumidor que desempenha um papel de co-produtor”. Milan (2006, p. 135) cita que “as experiências de serviços [...] são resultantes das interações entre os clientes, os colaboradores e os sistemas e processos de provedor de serviços”.

Através dos conceitos acima citados, é possível entender a importância da percepção e da sensibilidade a um provedor de serviços. Pode-se afirmar que a experiência é um fator constante na prestação de um serviço e que através dela o cliente avaliará a qualidade do serviço, se atingiu ou superou suas expectativas ou necessidades.

Para Taraboulsi (2003, p.43), “o serviço oferecido pelas instituições de saúde, mesmo as de primeira linha, deixa muito a desejar nos seguintes aspectos: organização, atendimento adequado, respeito e cortesia”. Não apenas no segmento de saúde estes aspectos configuram situações problemáticas para as empresas em geral. Independente de porte, pode-se perceber: a) mau atendimento muitas vezes; b) falta de organização; c) falta de respeito e cortesia. Grandes empresas investem em marketing, mas esquecem de rever os desenhos de seus processos de serviços, que são os verdadeiros responsáveis pelas situações acima descritas (GIANESI e CORRÊA, 1994).

Trez (2006, p. 163) destaca como principais elementos que compõem os serviços ao cliente a “interação direta com o cliente, a criação de valor, a diferenciação da oferta e a satisfação do cliente”.

Os serviços são prestados aos clientes e estes criam expectativas e esperam tê-las atendidas. As empresas que prestam serviços devem ter como objetivo a excelência no atendimento ao cliente, revendo os desenhos de seus

processos e assim gerando experiências positivas. Estas experiências são uma entre outras variáveis, que poderão estabelecer o tempo de vida da empresa, pois cada experiência positiva vai gerar indicações a outros clientes e assim aumentar a carteira de clientes do prestador de serviços.

Direcionando para o ambiente hospitalar, não basta o corpo assistencial (médicos e enfermeiros) ser competente tecnicamente, é necessário também que seja competente na relação interpessoal, pois os clientes que estão sendo atendidos estão emocionalmente fragilizados, necessitando de acolhimento e respeito.

Todo serviço gera um sentimento. Cabe ao provedor de serviços hospitalares tornar os sentimentos de seus clientes menos traumáticos e mais agradáveis.

### 1.1.1 Gestão de serviços em ambiente hospitalar

O modelo de gestão de uma organização está diretamente relacionado com os valores e princípios que predominam na instituição e influenciam constantemente o comportamento de todos na organização. Segundo Pereira, Galvão e Chanes (2005, p. 63), o modelo de gestão não é algo que simplesmente acontece, mas sim “um fenômeno social [...] que resulta do comportamento demonstrado na interação entre as pessoas, das pessoas com a organização e ainda, com o cliente”.

Pereira, Galvão e Chanes (2005, p. 65) citam um modelo de gestão elaborado e implantado por alguns hospitais nos Estados Unidos na década de 70 e que foi adaptado também no Brasil. O modelo tem como base a prestação dos serviços voltado para as necessidades dos clientes e não dos departamentos ou profissionais, sendo desenvolvido por Flarey (1995)<sup>2</sup> e adaptado por Weber, Demeneghi (1997)<sup>3</sup>.

Este modelo foi dividido em 4 componentes básicos ( figura 2): a) prestação de serviços de saúde centrados no paciente; b) bom clima organizacional; c) integração assistencial; e d) *expertise* em mudança.

---

<sup>2</sup> FLAREY, D.L. – Redesigning nursing care delivery – transforming our future. Philadelphia, J.B. Lippincot Co, 1995, p. 18-20

<sup>3</sup> WEBER, B., DEMENEGHI, L.S. – Assistência integral: o paciente como núcleo, a equipe como célula. Porto Alegre, Hospital Moinhos de Vento, 1997, p.21.

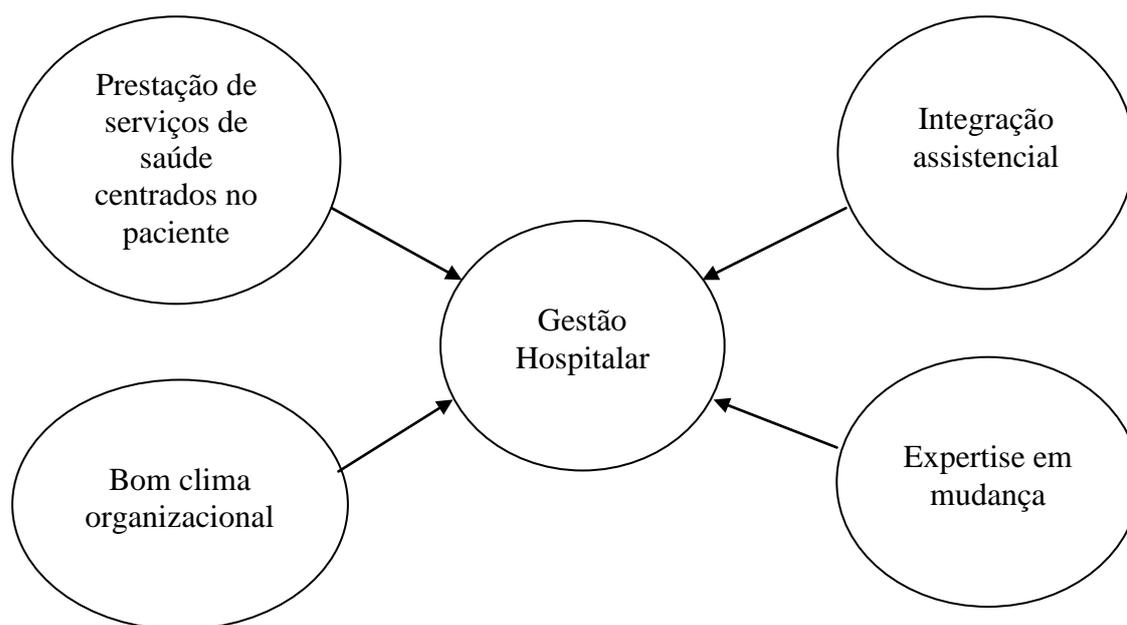


Figura 2 – Estrutura de gestão hospitalar  
 Fonte: o autor, adaptado de Pereira, Galvão e Chanes (2005, p. 67)

Cada componente descrito possui um objetivo específico, contribuindo com a execução prática do modelo de gestão.

O componente **prestação de serviços de saúde centrados no paciente** tem como objetivo conscientizar os colaboradores a atingir a excelência na assistência e na resposta imediata às necessidades dos clientes de saúde. Para se atingir este objetivo, pode ser utilizada como estratégia: a) clareza e comunicação dos valores da organização a todos; b) descentralização de poder, agilizando os serviços dos profissionais da linha de frente; e c) prestação de serviços em sua totalidade, em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.<sup>4</sup>

O componente **bom clima organizacional** tem como objetivo a gestão de pessoas, valorizando a satisfação dos funcionários para que prestem bom

<sup>4</sup> Os direitos dos pacientes citam que, todas as pessoas que necessitam de cuidados de saúde tem direito a:

- Ao atendimento sem qualquer restrição de ordem social, econômica, cultural, religiosa e social ou outra.
- À vida e à integridade, física, psíquica e cultural.
- À proteção contra o hipertencinismo que viola seus direitos e sua dignidade como pessoa.
- À liberdade religiosa e à assistência espiritual.
- De ser respeitado e valorizado como pessoa humana.
- De apelar do atendimento que fira sua dignidade ou seus direitos como pessoa.
- De ser considerado como sujeito do processo de atendimento a que será submetido.

atendimento ao paciente. Podem ser estabelecidas como estratégias: a) retenção de talentos; b) reconhecimento dos profissionais; c) redesenho e clareza dos papéis; e d) educação e desenvolvimento contínuo de pessoas.

O componente de **integração assistencial** consiste na constituição de equipes multiprofissionais que “multifuncionam” entre si, respeitando os limites expressos pela legislação. A idéia é que com as equipe trabalhando e tomando decisões em conjunto, há uma otimização de recursos (e a conseqüente melhoria de desempenho de processos) e também de estrutura. As estratégias que podem ser utilizadas neste componente são: a) envolvimento do paciente/família; b) realização de parcerias clínicas; c) tomada de decisão interdisciplinar; d) revisão dos casos em grupo; e e) gerenciamento participativo, otimizando a comunicação entre as equipes, reduzindo situações de re-trabalho.

O componente **expertise em mudanças** é muito importante, pois as oscilações do quadro clínico do paciente muitas vezes não podem ser previstas. Assim, o objetivo deste componente está na agilidade na adaptação da assistência prestada às necessidade e expectativas dos pacientes. As estratégias para se atingir este objetivo do componente podem ser: a) planejamento multidisciplinar e participativo; b) gerenciamento de riscos; c) estímulo à criatividade; d) uso de indicadores e pesquisa. Estas estratégias permitem ao hospital identificar situações contrárias aos objetivos da organização e tomar as decisões de maneira participativa e rápida, agilizando a adaptação às mudanças que se apresentam.

Pereira, Galvão e Chanes (2005, p. 68 e 70) concluem que

este modelo de gestão serviu para [...] hospitais como uma vantagem competitiva. Além disso, [...] atuando segundo este modelo, [...] conseguiram obter de maneira mais confortável os certificados de qualidade e ser reconhecidos pela excelência no atendimento e pelos programas de retenção de talentos.

Verbist (2006, p.59) aborda a gestão hospitalar, ao considerar o consumidor de seus serviços, citando que o hospital “deve desenvolver duas estruturas de gestão complementares, a gestão médica e de hospitalidade, de tal forma que os serviços de uma sejam apoiados pelos serviços da outra”.

Cabe à hotelaria hospitalar ser este elo entre a gestão médica e a hospitalidade, oferecendo serviços com características hoteleiras, proporcionando conforto, segurança e bem-estar aos clientes de saúde.

### 1.1.2. Processo de escolha por um prestador de serviços de saúde.

A escolha por um prestador de serviços é uma tarefa complexa. Conforme abordado anteriormente, o cliente, quando opta por contratar um serviço, busca a satisfação de suas expectativas, vivenciando uma experiência positiva. Segundo Loverlock e Wright (2004, p. 80), “quando as pessoas sentem uma necessidade, são motivadas a empreender algum tipo de ação para satisfazê-la”. Os autores ainda consideram que o processo de tomada de decisão para a contratação de um serviço é mais complexo que a decisão de compra de um produto (p.81). O processo de compra pode ser visualizado na figura 3.

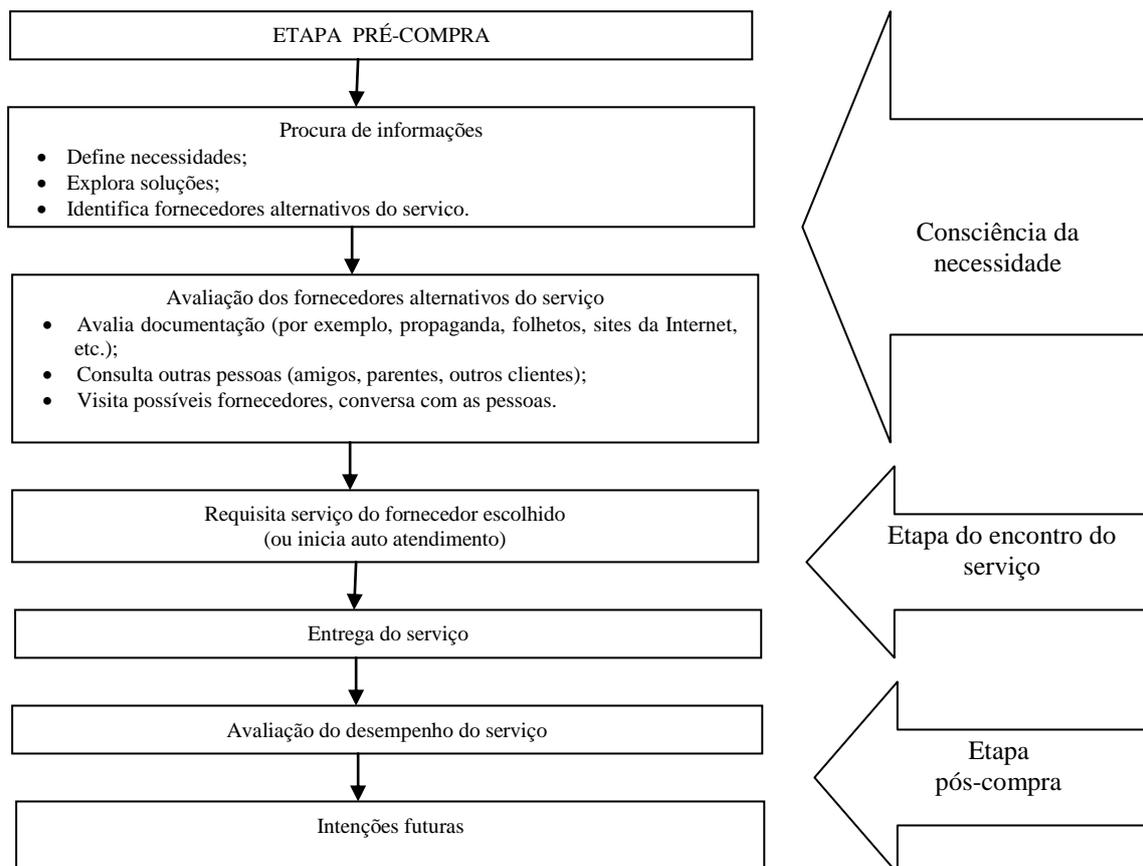


Figura 3: O processo de compra: atividades do cliente na escolha, utilização e avaliação do serviço.  
Fonte: Loverlock e Wright (2004, p. 81)

Na **etapa de pré-compra**, o cliente decide contratar ou usar um serviço. A velocidade nesta tomada de decisão está associada ao risco e aos benefícios recebidos. Ao elemento risco, estão associados atributos de credibilidade e experiência, tornando-se difíceis de se avaliar antes do consumo. Estes riscos podem ser considerados como funcionais (resultados de desempenho insatisfatório), financeiro (perda monetária, custos inesperados), temporal (perda de tempo, conseqüências de demoras), físico (dano pessoal ou prejuízo material), psicológico (temores e emoções pessoais), social (como os outros pensam e reagem) e sensorial (impactos indesejados sobre qualquer um dos cinco sentidos). Para se reduzir os riscos durante esta etapa o que é recomendado é: a) procurar informações a partir de fontes pessoais; b) procurar garantias ou oportunidades para experimentar o serviço antes de comprá-lo; c) perguntar a funcionários bem informados sobre serviços concorrentes; d) examinar pistas tangíveis ou outra evidência física; e) confiar na reputação da empresa; e f) utilizar a Internet para comparar ofertas de serviços (LOVERLOCK e WRIGHT; 2004).

A **etapa do encontro do serviço** caracteriza-se pela entrega do serviço com a interação entre o cliente e o fornecedor do serviço. Os ambientes de entrega deste serviço podem ser pessoalmente (restaurantes, hotéis ou hospitais) ou à distância (telefones, computadores). Os fatores que interferem na etapa do encontro do serviço são o ambiente de serviço, os profissionais de serviço e os serviços de suporte. O ambiente de serviço inclui as características tangíveis do ambiente onde ocorre a entrega do serviço. A avaliação da qualidade sofre interferência pelos elementos ambiente (limpeza, cheiros ou barulhos) e os equipamentos utilizados para a prestação do serviço. Os profissionais de serviço participam de interações diretas e pessoais com os clientes, mas também podem afetar a entrega do serviço quando o contato for menor. A satisfação do cliente pode ser afetada se este profissional de serviço não seguir ou violar qualquer roteiro específico de atendimento durante o encontro de serviço. Estes profissionais são considerados como fator mais importante na maioria dos encontros de serviço, devido ao alto nível de contato com o cliente. Através dos serviços de suporte, são disponibilizados matérias-primas e equipamentos que permitem às equipes de linha de frente realizar o trabalho de atendimento ao cliente. Este item pode ser considerado crítico, pois se não houver serviços de qualidade da equipe de retaguarda, dificilmente o pessoal da

linha de frente poderá executar seu trabalho e atingir suas metas (LOVERLOCK e WRIGHT; 2004).

A **etapa pós-compra** é a fase em que o cliente avalia a qualidade do serviço e sua satisfação ou insatisfação com o resultado do serviço. Durante esta fase, o cliente decidirá sobre suas intenções futuras com o prestador de serviço. A forma de avaliação do serviço é simples: comparar o que esperavam com o que receberam. Se receberam aquilo que esperavam, o serviço foi satisfatório e possivelmente retomará a compra do serviço novamente, inclusive indicando para outras pessoas. Caso não receba aquilo que esperava, o serviço foi deficitário, não atendendo suas expectativas. Neste último caso, conforme Loverlock e Wright (2004, p. 88 e 89), o cliente pode “reclamar, silenciar ou trocar de fornecedor”.

Na escolha de um serviço de saúde, Lemme (2005, p 28 e 29) considera que deve haver uma seqüência de constatações por parte do cliente, tais como:

- a) percepção pessoal de alteração biológica: o cliente questiona-se quanto à sua saúde – “estou doente?”;
- b) necessidade de assistência médica: com a resposta da pergunta anterior, o cliente avalia e decide se precisa de tratamento médico;
- c) tipo de assistência: caso precise de atendimento médico, qual o melhor tipo de tratamento a ser ministrado?;
- d) dispêndio financeiro: na relação custo x benefício, qual serviço oferecerá mais benefícios com o custo mais acessível; e
- e) atendimento médico x outras necessidades: existem outras despesas que são prioritárias?

Após responder as questões acima mencionadas, Lemme (2005, p.29) cita que a “decisão final será pelo serviço de saúde com maior índice de satisfação pessoal em experiências anteriores ou por reconhecimento público de outros clientes”.

Já Moraes, Cândido e Viera (2004, p. 184) consideram que outros fatores também interferem no processo de escolha por determinado hospital pelo cliente de saúde, entre eles:

- a) localização: alguns clientes optam por hospitais que estejam nas cercanias de sua residência;
- b) forma de pagamento: se o hospital aceita o convênio o qual o cliente é associado. Também se o convênio cobre todas as despesas, para que o

cliente não tenha que desembolsar dinheiro para pagamentos que o convênio não cobre;

- c) tamanho: porte do hospital e serviços assistenciais e hoteleiros de apoio;
- d) experiência do hospital: se o hospital possui experiência no tratamento da enfermidade que possui;
- e) indicação do médico: assim como no item forma de pagamento, muitos médicos são credenciados em alguns hospitais e não são em outros, direcionando seus clientes para os hospitais nos quais está credenciado, evitando que o cliente pague por mais honorários médicos;
- f) experiências anteriores: situações vivenciadas anteriormente, sejam pessoalmente ou por familiares e amigos; e
- g) qualidade do hospital: se o hospital possui acreditação perante uma organização certificadora da qualidade.

Moraes, Cândido e Viera (2004, p. 184) ainda citam que as pessoas estão avaliando o hospital “em razão daquilo que ele realmente poderá lhe dar em termos de satisfação das necessidades, [...] considerando a qualidade no atendimento e no tratamento da doença como questões básicas”.

Assim sendo, é possível concluir que as organizações hospitalares que direcionarem e priorizarem seus serviços para o atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes, poderão obter vantagens competitivas frente aos concorrentes, pois estarão atendendo os principais critérios de escolhas dos clientes de saúde.

## 1.2. Hospitalidade

Bem Vindo. Com estas duas palavras já é possível pensar em hospitalidade, pois está se dizendo a outro que ele será bem acolhido e recebido.

Camargo (2006) afirmou que a origem da palavra hospitalidade, surgiu como uma ação contrária as manifestações de hostilidade que as antigas tribos ou comunidades utilizavam como instinto de auto defesa. Camargo considera que a hospitalidade é um processo sem fim, composto pela ação de “dar > receber > retribuir” e que, sempre que há contato humano, há hospitalidade. Castelli (2005, p. 142) cita que “não somente o visitante, mas também o visitado jamais serão os mesmos após as interações efetuadas. Sempre existirá uma agregação de valor nas pessoas envolvidas”. Godói (2004, p.13) amplia a questão de agregar valor ao citar que “a prática da hospitalidade é tão antiga quanto a própria história humana [...] nos seus mais diversos aspectos, caritativos, altruísmo ou interesses comerciais”.

Atualmente, a questão da hospitalidade está além da ação de hospedagem, pois indica um conjunto de serviços capazes de proporcionar vantagens competitivas ao meio de hospedagem. Porém, é importante resgatar a história das evoluções do ato de hospedar, desde o aspecto altruísta até os de interesse comercial (a indústria da hospedagem).

Faz-se necessário ressaltar que a palavra hospitalidade surgiu do latim “*hospitalitate*”. Segundo Powers e Barrows (2004, p.24) hospitalidade, em inglês, é “derivada da palavra ‘*hospice*’ – palavra relacionada a hospital – também se refere a uma forma antiga do que conhecemos como casa de tratamento de saúde”. Moraes, Cândido e Viera (2004, p. 37) citam que “no início da era Cristã, a palavra *hospitalis* (em latim) significa hospitaleiro, que poderia também ser derivado de *hospes* (em latim) que significa hóspede e daí dar origem à palavra atual hospital”. Boeger (2005, p. 19) aborda a questão da origem de hotel e hospital ao citar que “[...] originaram-se do mesmo tipo de empreendimento: albergues que abrigavam viajantes e peregrinos que viajavam de povoado em povoado e recebiam também os enfermos”. Moraes, Cândido e Viera (2004, p.38) ainda ressaltam que o hospital é um estabelecimento que abriga pessoas para tratamento temporário e que hotel recebe pessoas não doentes, saudáveis, para temporadas variáveis de hospedagem. Já Boeger (2005, p. 19) identifica o momento em que hotel e hospital deixam de atender em conjunto ao

citar que “a marginalização e o isolamento dos portadores de doenças fizeram com que a centralização fosse o primeiro passo para segregar pacientes de hóspedes”.

Brotherton e Wood (2004, p. 192), enfocam dois conceitos para hospitalidade, um de caráter semântico e outro comprobatório. Os autores afirmam que há um grande vácuo comprobatório e empírico nas tentativas de definição de um conceito para os administradores de hospitalidade, sem relação com as aplicações genéricas do ‘mundo real’. As definições semânticas estão relacionadas aos conceitos que os dicionários disponibilizam, sempre relacionando hospitalidade com acolhimento, bem receber e generosidade. Os autores citam que

esses termos dicionarizados refletem as definições de hospitalidade tanto semânticas quanto comprobatórias. Contudo, é importante reiterar que seu caráter genérico é insuficiente quanto a um entendimento abrangente deste conceito.

Assim como Camargo (2004), os autores ratificam que a hospitalidade é um processo bidirecional, incluindo um processo de troca entre os participantes. Desta forma, os autores estabelecem terminologias tais como ‘hospitaleiro’ e ‘anfitrião’, designados para “aqueles que proporcionam hospitalidade”, além de ‘hóspede’ e ‘convidado’ identificados como “aqueles [que] são os receptores da hospitalidade”. Segundo a pesquisa de Brotherton e Wood (2004) com os administradores da indústria de hospitalidade nos Estados Unidos, há uma identificação muito forte da hospitalidade com a hotelaria, conforme visto em algumas definições tais como a de Tideman (1983, p. 1):

O método de produção pelo qual as necessidades do hóspede são satisfeitas ao máximo, significando a oferta de bens e serviços em quantidade e qualidade desejada pelo hóspede e a um preço que seja aceitável para ele, de modo que sinta que o produto vale o quanto custa.

Para De Pfeifer (1983, p.191), “a oferta de alimentos, bebidas e alojamento, ou, em outras palavras, a oferta dos itens básicos necessários para as pessoas longe de casa”; e recentemente de Jones (1996, p.1) o qual observa que

o termo ‘hospitalidade’ emergiu como o modo pelo qual hoteleiros e fornecedores de alimentos e bebidas gostariam que seu setor fosse visto. Essencialmente, a hospitalidade se compõe de dois serviços distintos: a provisão de acomodação noturna para pessoas que estão longe de casa e a provisão de alimentos para as que comem fora de casa.

Brotherton e Wood (2004) sinalizam como um problema esta similaridade (ou substituição de termos) entre hospitalidade e hotel / fornecimento de alimentos e bebidas, distanciando-se da natureza do conceito de hospitalidade com os parâmetros utilizados pela indústria da hospitalidade comercial. Os autores acreditam que há uma falha na definição, em face de que estão sendo focado os efeitos e não as causas. Verbist (2006, p. 26) aborda a questão reducionista da hospitalidade em apenas acolhimento e oferta de alimentação e cita que “a hospitalidade está impregnada na forma como são estabelecidas as relações entre os protagonistas, se estas são amigáveis e genuínas”.

Partindo para um conceito mais holístico, dentro do enfoque semântico, Brotherton e Wood (2004) citam a definição de Cassee (1983, p. xiv) que trata a hospitalidade como “uma mistura harmoniosa de componentes tangíveis e intangíveis – comida, bebida, leitos, ambiência e ambiente, bem como comportamento dos funcionários”, complementando que “abrange muito mais do que idéias clássicas de preparação de boa comida e oferta de um leito confortável”. Esta definição sofreu um complemento no mesmo ano, quando Cassee e Reuland (1983, p. 144) redefiniram hospitalidade como “uma mistura harmoniosa de comida, bebida e/ou abrigo, um ambiente físico, bem como o comportamento e a atitude das pessoas envolvidas”.

Ao comparar os conceitos levantados, Brotherton e Wood (2004) abordam que todas as definições direcionam atenções para os receptores da hospitalidade e que apenas Tideman (1983) faz menção ao aspecto provisão comercial (preço) para o consumo da hospitalidade. Os autores ressaltam que independente de sua ocorrência em ambientes domésticos ou comerciais, é possível examinar a natureza da hospitalidade em si, com os aspectos semânticos da boa recepção, da acolhida amigável e generosidade.

Por outro lado, Brotherton e Wood (2004) consideram que as definições comprobatórias estão diretamente ligadas ao estudo de sua prática, devido a pouca investigação acadêmica sobre o tema. Os autores ratificam esta afirmação ao citar que há uma “ausência de teorização extensiva e de investigação empírica a respeito do assunto”. Brotherton e Wood (2004) constatam que a maior parte da reflexão acadêmica sobre hospitalidade foi “produzida por estudiosos das disciplinas de

história, filosofia e sociologia”. Apesar da diversidade multidisciplinar, os autores consideram relevantes alguns aspectos levantados, mesmo que fujam do enfoque e propósito da definição de hospitalidade, tais como a troca de hospitalidade relacionada com regras, costumes, modos, rituais e hábitos dos participantes do processo de hospitalidade (anfitrião x hóspede). Dencker (2003, p. 94) cita que esta interdisciplinaridade

é o ponto de partida para a formação da base que permitirá o desenvolvimento do campo científico da hospitalidade. A abordagem vai requerer uma base metodológica pluralista e uma reflexão interdisciplinar, capazes de conferir unidade ao conjunto de dados já reunidos de forma científica e sistemática, considerando a historicidade desse conhecimento e suas dimensões filosóficas.

A definição comprobatória tende a se preocupar com a natureza processual e a dinâmica de troca da hospitalidade. Isto posto, os autores traçam um paralelo e identificam diversas características importantes relativas ao tema, sendo elas: a) interessa-se pela produção e pela oferta de determinados produtos materiais [alimentos, bebidas e acomodação]; b) envolve uma relação de troca, que pode ser econômica, social ou psicológica por natureza; c) combinação de elementos tangíveis e intangíveis, que influenciam nas situações de trocas de hospitalidade; d) associa-se a formas particulares de comportamento e interação humana; e) é uma atividade assumida voluntariamente pelas partes envolvidas; f) pode ser provida e consumida por diversos motivos diferentes; g) pode variar na sua forma específica, na função e na razão motivacional ao longo do tempo e do espaço, mas na essência permanece qualitativamente a mesma; h) envolve pessoas no processo de troca de hospitalidade.

Baseado nas características da hospitalidade, Brotherton e Wood (2004) citam o conceito desenvolvido por Brotherton (1999, p. 168) que define hospitalidade como “uma troca humana contemporânea, assumida voluntariamente e concebida para aumentar o bem-estar mútuo das partes envolvidas mediante oferta de acomodação e/ou alimento e/ou bebida”.

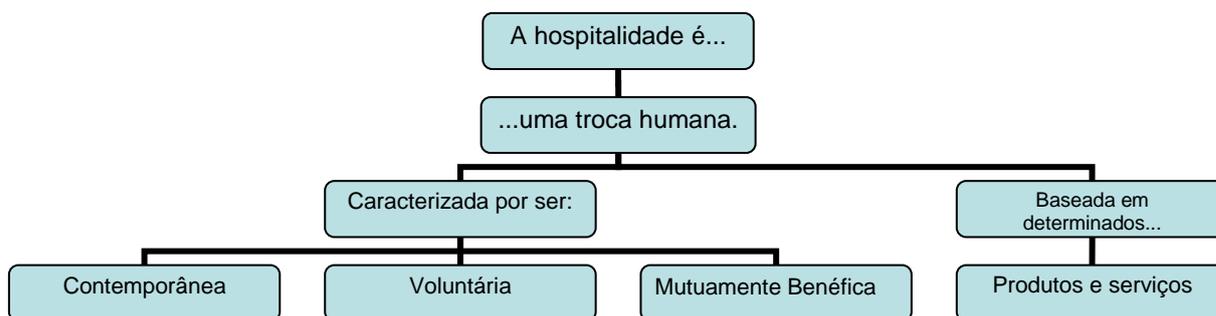


Figura 4 – As dimensões da hospitalidade  
Fonte: Lashley (2004, p. 203)

A figura 4 identifica as características mais importantes do conceito da hospitalidade: a contemporaneidade, a voluntariedade e os benefícios mútuos, sendo determinadas através de produtos e serviços disponibilizados.

Castelli (2005, p.144 *apud* GOTMANN, 2001), cita que “a hospitalidade pode ser definida como uma ação de mutualidade, que permite aos indivíduos e às famílias de lugares diferentes constituírem-se em sociedade, provendo alojamento e prestando serviços”.

Camargo (2003, p. 19) define hospitalidade como “ato humano, exercido em contexto doméstico, público ou profissional, de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter as pessoas temporariamente deslocadas de seu habitat”.

Castelli (2005, p.144 *apud* BELCHIOR e POYARES, 1987) define hospitalidade afirmando que

sob qualquer de suas formas, compreende essencialmente a prestação, gratuita ou não, de serviços obtidos normalmente por uma pessoa em seu próprio lar, mas que, por não possuí-lo, ou por estar dele ausente temporariamente, não os têm à disposição. Quando a hospitalidade proporciona acomodações para repouso ou deleite, caracteriza-se hospedagem, acompanhada ou não de refeições. Se apenas estas são fornecidas, existirá hospitalidade, porém não hospedagem.

Campos (2005, p. 24), conceitua que “a hospitalidade, através dos tempos e da história, sempre significou a busca de segurança, alimento e conforto. E também, através dos tempos, o homem sempre soube como obter benefícios e rendimentos com esta atividade”.

Para Verbist (2006, p.25), “quando se trata de hospitalidade em organizações, sejam hospitais ou hotéis, estes devem possuir um padrão no que diz respeito, pelo menos, à qualidade dos serviços prestados”.

Desta forma, os autores afirmam que o aspecto hospitalidade é importante para a prestação de serviços e que devem estar presentes nas relações interpessoais e na estrutura organizacional de uma empresa, podendo interferir na percepção da qualidade dos serviços.

### **1.2.1. Estrutura organizacional, sob a ótica de Mintzberg.**

Toda empresa privada tem como objetivo gerar lucro aos seus proprietários e pode consegui-lo por sorte ou por competência. Partindo do ponto que o fator sorte é não gerenciável, as empresas, então, necessitam de competências para atingir seus objetivos. Marques (2003, p.311) define estas competências que podem ser gerenciáveis a partir da estrutura organizacional em sete categorias: “a) pessoas; b) dinheiro; c) tempo; d) métodos e padrões de procedimentos; e) energia; f) materiais; e g) equipamentos”.

Mintzberg (1999) considera que toda atividade humana organizada exige, fundamentalmente, divisão e coordenação de trabalho para que seja realizada. Desta forma, o autor conceitua que a estrutura de uma organização “pode ser definida simplesmente como o total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas e em seguida assegurar a necessária coordenação entre as mesmas (p.20)”. Para que as organizações possam coordenar seu trabalho, Mintzberg (1999) considera suficientes cinco mecanismos de coordenação. São eles: a) ajustamento mútuo; b) supervisão direta; c) padronização dos processos de trabalho; d) padronização dos resultados; e e) padronização das qualificações dos trabalhadores. O ajustamento mútuo tem como característica a coordenação do trabalho de maneira informal, sendo utilizado freqüentemente nas mais simples das organizações. Embora paradoxal, também pode ser utilizado nas organizações mais complexas, pois funciona favoravelmente em situações difíceis. A supervisão direta é a relação pela qual uma pessoa possui responsabilidade direta pelo trabalho desenvolvido por outra pessoa, transmitindo instruções e controlando ações inerentes à atividade do subordinado. A coordenação por padronização dos

processos de trabalho ocorre quando o conteúdo do trabalho é claramente programado ou especificado, devendo apenas ser seguido à risca. A coordenação do trabalho por padronização dos resultados está relacionada ao desempenho a atingir, estabelecendo-se o objetivo sem que haja interferência durante a execução da tarefa (o autor utiliza, como exemplo, um motorista de táxi que não recebe instruções a respeito do caminho a seguir e tampouco como deve dirigir, apenas o endereço que o cliente informou). Por fim, a coordenação por padronização das qualificações dos trabalhadores tem como característica a utilização de conhecimentos específicos dos profissionais que executam o trabalho.

Considera ainda Mintzberg (1999), que é possível uma organização utilizar uma mistura destes cinco elementos em diversos graus e que estes mecanismos de coordenação são elementos fundamentais para unir as diversas partes de uma organização. Conforme o crescimento da organização, crescem proporcionalmente os mecanismos de coordenação, gerando diferentes níveis hierárquicos de comando, chamados de os cinco componentes básicas da organização (figura 5): a) centro operacional; b) vértice estratégico; c) linha hierárquica; d) tecnoestrutura; e e) pessoal de apoio (funções logísticas).

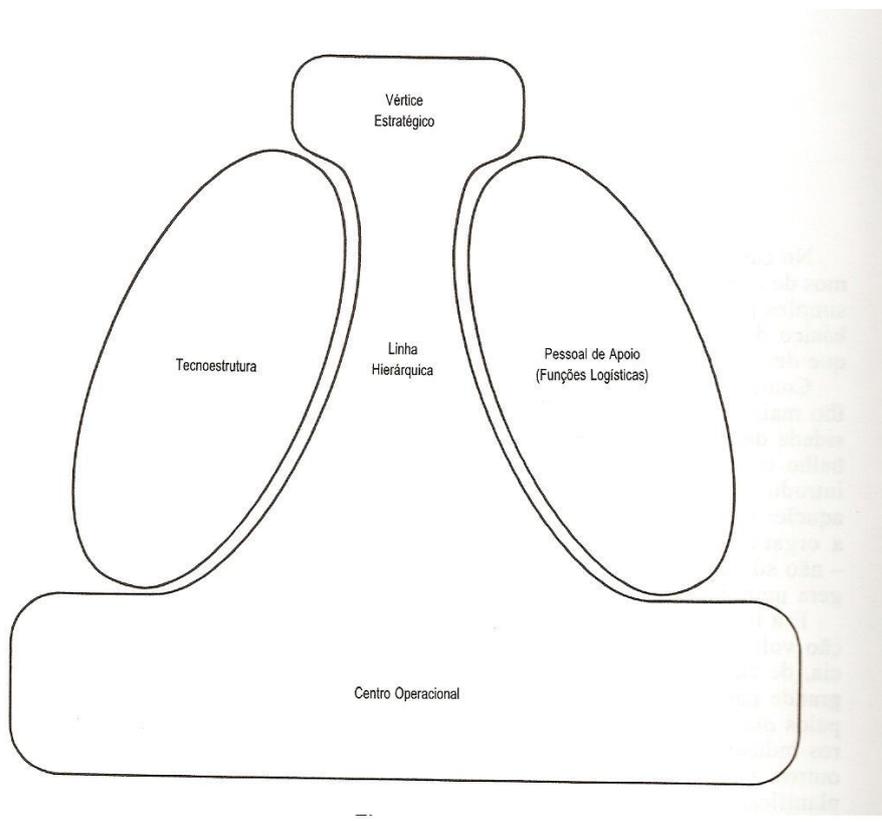


Figura 5: Os cinco componentes básicas da organização  
Fonte: Mintzberg (1999, p.38)

Na base da figura encontra-se o Centro Operacional, que é encarregado do trabalho básico da organização, estando associado com a produção dos produtos ou serviços. Segundo Mintzberg (1999, p.43), “situa-se no âmago de cada organização, é a parte crucial da organização que produz os resultados essenciais que a conservam viva”. O vértice estratégico é composto pelos gestores que estão no topo da hierarquia, razão pela qual possuem uma “perspectiva de conjunto mais vasta e conseqüentemente também uma visão mais abstrata da organização (p.45)”, e juntamente com seus assessores, tem como finalidade “assegurar que a organização cumpra sua missão eficazmente (p.44)”. A linha hierárquica é ligação entre o vértice estratégico e o centro operacional e é composta por outro grupo de gestores com autoridade formal que estão hierarquicamente abaixo dos integrantes do vértice estratégico. A tecnoestrutura tem como característica padronizar o trabalho dos outros elementos, aplicando técnicas que permitam adaptação da organização no seu ambiente. O vértice estratégico, a linha hierárquica e a tecnoestrutura compõem o que Mintzberg (1999) denomina componentes administrativas. As funções de apoio têm como objetivo apoiar indiretamente o funcionamento do centro operacional. Tanto a tecnoestrutura quanto as funções de apoio, embora separadas, uma a cada lado, influenciam indiretamente o centro operacional, estando separadas da linha de autoridade formal.

A abordagem sobre os componentes básicos de uma organização proposta por Mintzberg (1999) indica que as partes funcionam em conjunto, porém com ligações variadas, complexas e com diferentes fluxos. Os componentes básicos e as ligações, variações e fluxos estão dispostos em um organograma, que, segundo o autor, representa uma imagem da estrutura da organização. Neste referencial estão levantados, em formato de organograma, os seguintes fluxos: a) de autoridade formal; b) de atividades reguladas; c) de comunicação informal; d) de constelação de trabalho; e e) de processos de decisão *ad hoc*. Serão descritos estes fluxos, iniciando pelo de autoridade formal (figura 6).

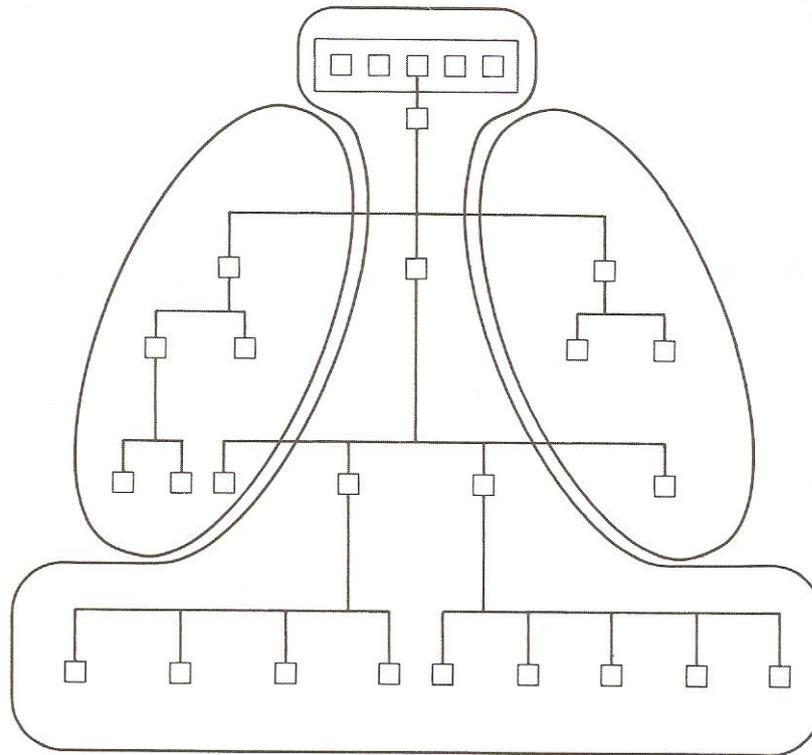


Figura 6: O fluxo de autoridade formal  
 Fonte: Mintzberg (1999, p.56)

O autor cita que muitos teóricos preferem não utilizar o organograma como identificação da estrutura organizacional, por considerar este uma descrição inadequada e incapaz de mostrar o que se passa realmente dentro das organizações. Entretanto, Mintzberg (1999, p. 56) considera que cada empresa possui “relações de comunicação que não é possível transcrever para o papel. Contudo, não se deve rejeitar o organograma e sim colocá-lo no seu devido contexto: este transmite-nos algumas idéias úteis e esconde outras”. O autor afirma que embora não apresentem relações informais, passam a imagem de como o trabalho está dividido, mostrando subitamente as posições que existem dentro da organização, a forma como as unidades estão agrupadas e também de que maneira flui a autoridade formal. Devido à limitação que a autoridade formal representa dentro de uma organização complexa, a estrutura formal condiciona e restringe a estrutura informal em três maneiras: a) dita a direção que a estrutura informal toma; b) cria defesas para a estrutura informal defender-se da formal; e c) exige conformidade, nem que seja apenas de fachada.

O segundo sistema de fluxos citado por Mintzberg (1999) é uma sobreposição ao esquema base (figura 7):

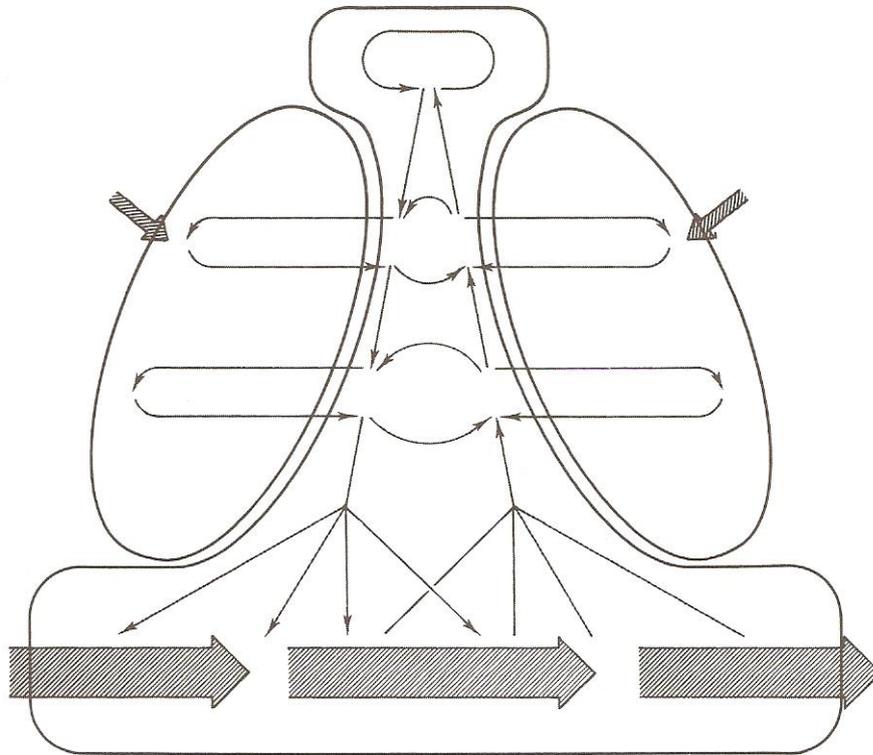


Figura 7: O fluxo de atividades reguladas  
Fonte: Mintzberg (1999, p.57)

Na figura 7, o autor mostra a organização com um sistema ordenado de fluxos, trabalhando sem qualquer situação adversa ou atritos. Na mesma figura, também é possível identificar os movimentos de materiais e de informações dentro do centro operacional, com diversas combinações entre si. Diferentemente da indústria, que transforma os materiais com o apoio dos fluxos de informações, as organizações de serviços têm seu processo de transformação da informação através da circulação desta em forma de documentos, onde muitas vezes o cliente é o objeto do fluxo de trabalho, assim como nos hospitais e hotéis.

O sistema de fluxo de comunicação informal é o terceiro sistema descrito pelo autor (figura 8).

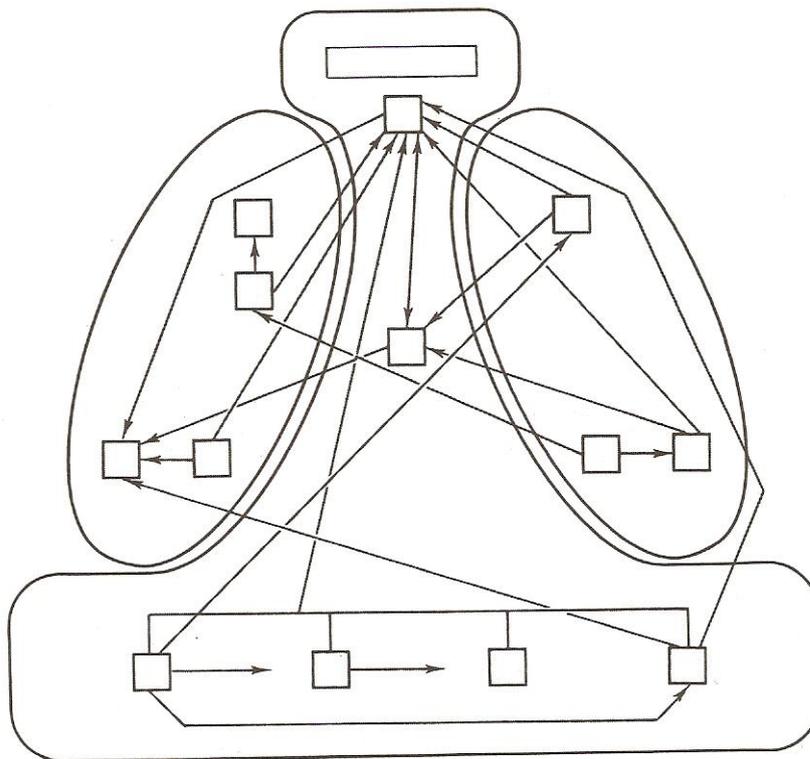


Figura 8: O fluxo da comunicação informal  
 Fonte: Mintzberg (1999, p.67)

Conforme Mintzberg (1999), existem atividades consideradas além dos sistemas de autoridade formal e de processos de fluxos de regulados, pois alguns centros de poder, não reconhecidos oficialmente, formam redes de comunicação informal dentro da organização. Estes centros citados pelo autor, algumas vezes contornam ou complementam os canais estabelecidos pela atividade formal, possibilitando que os processos de decisão funcionem independentemente do sistema regulado. A figura 8 mostra, também, que neste formato pode haver contato direto entre o vértice estratégico e o centro operacional, sem a necessidade de passar pela linha hierárquica. O mesmo acontecendo entre os demais componentes da estrutura organizacional.

Para Mintzberg (1999, p. 75), “a organização toma a forma de um conjunto de constelações de trabalho, de ‘cliques’ quase independentes de indivíduos que trabalham sobre as questões apropriadas ao nível hierárquico onde estão situados”. A relação das constelações de trabalho, aplicadas na estrutura base dos cinco componentes estruturais (figura 9).

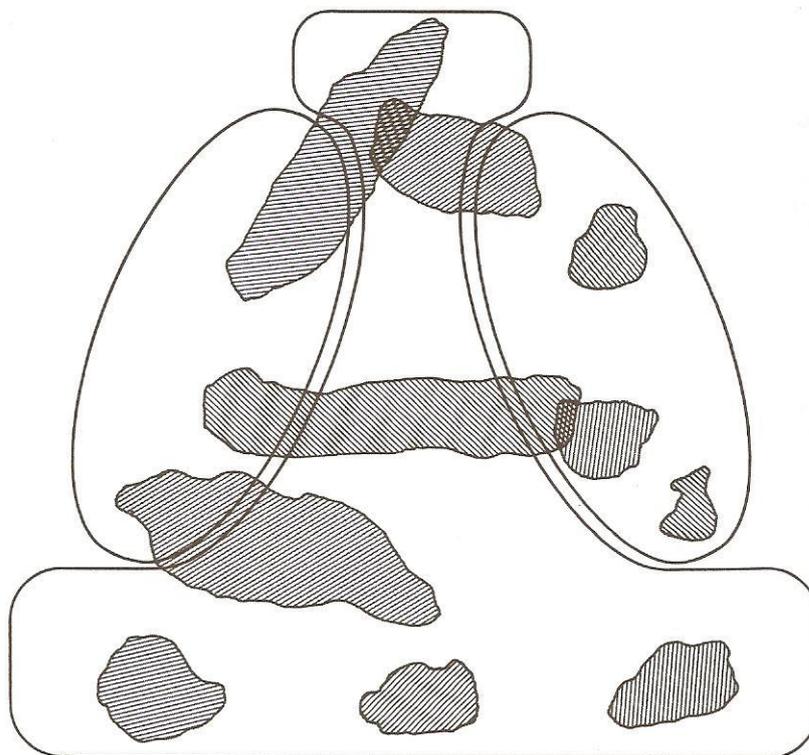


Figura 9: O conjunto de constelações de trabalho  
 Fonte: Mintzberg (1999, p.78)

Na figura 9, o autor identifica as diversas constelações de trabalho que existem dentro da estrutura organizacional e a forma como se inter-relacionam. Mintzberg (1999) compara os sistemas de autoridade formal e de fluxos regulados como uma mola em espiral, que vai estreitando à medida em que se aproxima do vértice estratégico. O sistema de comunicação informal é comparado a um 'bolo de mármore' com manchas que fluem para todas as direções arbitrariamente e o sistema de constelações é relacionado a um 'bolo de camadas' estando menos ordenado que os sistemas de autoridade formal e de fluxos regulados (mola espiral), porém, mais ordenado que o sistema de comunicação informal (bolo de mármore). O autor conclui afirmando que "a autoridade formal, o fluxo regulado de informação e o fluxo da comunicação informal fundem-se todos entre si para determinar o comportamento da organização" (p.79).

O último sistema de fluxo é o de processo de decisão *ad hoc* (figura 10).

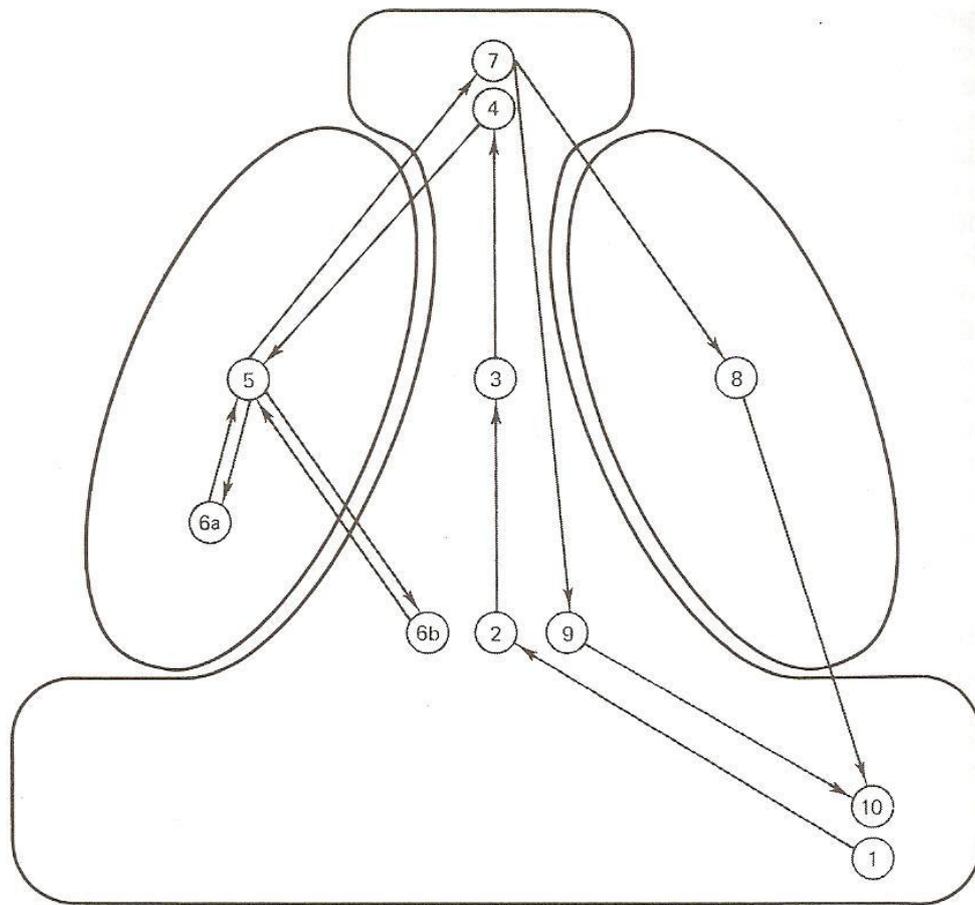


Figura 10: O fluxo de processo de decisão *ad hoc*  
 Fonte: Mintzberg (1999, p.84)

Através da figura 10, o autor descreve as relações entre as constelações de trabalho e o processo de decisão. Estão contidas aqui as partes do processo de decisão dentro das constelações e as outras partes que necessitam de maior interação entre as constelações de trabalho. Outra característica deste processo que pode ser visualizado na mesma figura 10, está relacionada com o fluxo da tomada de decisão, sendo este de cima para baixo.

Por fim, Mintzberg (1999) propõe uma visão geral de todos os processos em uma figura apenas, significando o funcionamento da estrutura dentro da organização (figura 11).

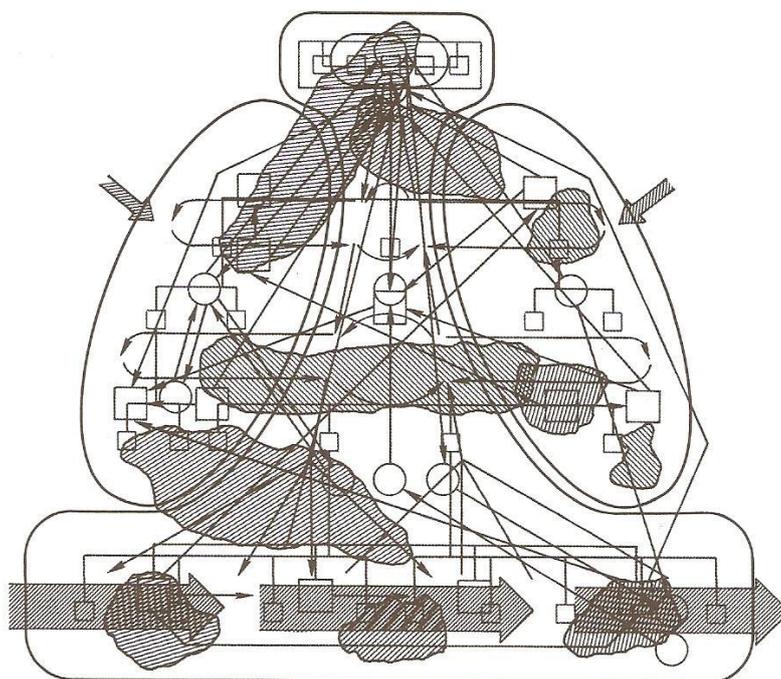


Figura 11: O funcionamento da organização  
 Fonte: Mintzberg (1999, p.86)

O autor considera que apenas quando “nos concentramos nestes fluxos reais [...] é que podemos começar a compreender como, na realidade, funciona a organização” (p.86), sendo então possível compreender a complexidade deste funcionamento.

Hospitais são organizações complexas e que apresentam estruturas organizacionais compatíveis para a prestação de serviços de saúde, variando conforme o porte ou o tipo de especialidade do hospital. Na estrutura organizacional de um hospital, pode-se identificar duas unidades de serviços comuns em todos os tipos de hospitais: os serviços médicos e os serviços de apoio. Os serviços médicos serão abordados de maneira mais ampla no item gestão assistencial e hotelaria hospitalar. Os serviços de apoio são todos aqueles que proporcionam suporte no atendimento assistencial, sendo importantes no auxílio para o restabelecimento da saúde do cliente. Os serviços de apoio englobam unidades de diagnóstico e terapêutica como laboratórios e radiologia, e unidades de conforto e bem-estar, tais como hospedagem, alimentação, lazer e demais serviços.

Serão abordados, a seguir, os setores comuns entre hospitais e hotéis.

### 1.2.1.1. Setores comuns a hospitais e hotéis

A similaridade de serviços entre hospitais e hotéis é bem acentuada, principalmente pelo fato de ambos proverem hospedagem, mesmo que com finalidades diferentes.

Quevedo (2006), após análise comparativa entre Boeger (2003) e Taraboulsi (2003), considerou em comum entre hospital e hotel os setores: a) hospedagem; b) alimentos e bebidas; c) eventos, marketing e lazer; e d) manutenção. Serão ampliados apenas os atributos de hospedagem e alimentos e bebidas, devido a sua maior relevância para este trabalho.

#### 1.2.1.1.1. Hospedagem

Na hotelaria, o setor de hospedagem é uma das áreas mais abrangentes e que, dependendo do porte e dos serviços oferecidos, pode englobar a maior quantidade de setores em um hotel. Conforme Castelli (2003), estão subordinados a área de hospedagem os setores de recepção, reservas, portaria social, telefonia e governança.

Para Verbist (2006, p.41), vários autores “apresentam os setores e subsetores que compõem a estrutura operacional dos hotéis [sendo que] alguns subsetores são alocados em diferentes setores por cada um dos autores”.

Em linhas gerais, tanto Verbist (2006) quanto Quevedo (2006) citam os objetivos gerais dos setores e sub-setores. São eles:

- a) gerência de hospedagem: responsável pela maior área física do hotel, coordenando os setores recepção, reservas, portaria social, telefonia, lazer e governança;
- b) recepção: local onde o hóspede faz os procedimentos de *check-in* e *check-out*<sup>5</sup>. É também na recepção que se fornecem variadas informações aos hóspedes e demais clientes que não estejam hospedados, recebem-se reclamações, elogios e sugestões, soluciona-

---

<sup>5</sup> Termos técnicos utilizados na hotelaria para procedimentos de entrada (*check-in*) e saída (*check-out*) dos hóspedes no meio de hospedagem.

se problemas relativos às atividades durante a estada do hóspede. Pode-se considerar um ponto estratégico para atendimento ao cliente. Na recepção são realizados todos os procedimentos de controle de saldos, lançamentos diversos, emissão de notas fiscais e faturamento;

- c) reservas: setor responsável por ordenar a quantidade e os tipos de unidades habitacionais (UH) em períodos, gerando previsões de ocupação no meio de hospedagem. Há autores que não consideram este setor como subordinado ao departamento de hospedagem e sim ao departamento comercial, porém, é importante salientar que esta subordinação é relacionada ao porte e à estrutura organizacional do meio de hospedagem. Antes da utilização da tecnologia de informação (informatização dos hotéis), o setor de reservas deveria localizar-se junto à recepção, para ter facilidade de acesso as informações não mencionadas na reserva pelos recepcionistas do hotel;
- d) portaria social: no Brasil utiliza-se esta nomenclatura para os funcionários que possuem contato mais direto e constante com o hóspede durante a estada. No restante do mundo, utiliza-se a nomenclatura de *concierge*. O *concierge* tem funções bem definidas, entre elas: providenciar pequenas compras aos hóspedes, realizar serviços administrativos aos clientes (enviar e-mail, fazer impressões de relatórios), conhecer a programação cultural da cidade, bem como restaurantes das mais variadas especialidades gastronômicas, efetuar reservas em companhias aéreas, restaurantes, locadoras de automóvel e demais prestadores de serviços, conforme orientação do hóspede. Atualmente, este serviço tem retido muitos clientes nos meios de hospedagem;<sup>6</sup>
- e) telefonia: este setor requer uma atenção especial, pois é o cartão de apresentação do hotel. Geralmente o primeiro contato do cliente é por telefone e obedecer a regras de bom atendimento causará uma excelente primeira impressão. Cabe a este setor receber e direcionar as

---

<sup>6</sup> A função de *concierge* é retratada no filme “Por amor ou por dinheiro”, com Michael J. Fox. Existe uma associação mundial de *concierges* chamada *Lês Clefs D’Or*, onde a insígnia que identifica este profissional são duas chaves de ouro cruzadas, utilizada na lapela do uniforme.

ligações internas e externas, além de fazer chamadas de despertar (*wake up call*) para os hóspedes;

- f) governança: setor responsável por todo conforto e bem estar dos hóspedes nas unidades habitacionais e nas áreas sociais do meio de hospedagem. As áreas internas e de serviço também são de responsabilidade da governança. O setor tem como subsectores subordinados a lavanderia, serviços gerais, andares (camareiras), rouparia e dependendo do porte e da idade do meio de hospedagem, jardinagem e manutenção; e
- g) lavanderia: a lavanderia cuida do enxoval do hotel (fronhas, lençóis, toalhas, etc), das roupas enviadas pelos hóspedes para lavagem, além dos uniformes dos funcionários. Este setor está subordinado à governança e em muitos meios de hospedagem é terceirizado. Na lavanderia são realizados os processos de pré-lavagem, lavagem, secagem, dobra e armazenagem do enxoval. O ritmo de trabalho é diretamente influenciado pela ocupação do meio de hospedagem. Por trabalhar com produtos químicos, faz-se necessária a utilização de equipamento de proteção individual (mesmo com o tipo de sujidade leve das roupas) e constante treinamento dos funcionários na manipulação dos produtos e máquinas.

No hospital, também é possível identificar a área de hospedagem. Porém, alguns setores e subsectores desempenham as mesmas funções, mas com nomenclaturas diferentes, conforme Quevedo (2006), Verbist (2006), Boeger (2005), Taraboulsi (2003) e Godói (2004). São eles:

- a) recepção central: é o primeiro local onde o cliente se dirige e que tem por objetivo principal direcionar e informar aos clientes a localização dos setores os quais estão buscando. Pode ocorrer também na recepção central, processo de identificação de clientes e visitantes. Deve contar com profissionais com conhecimento pleno do hospital e assim fornecer informações precisas. Alguns hospitais utilizam o serviço de mensageiros (para auxiliar nas bagagens ou entrega de documentação) e concierges (atuando como facilitadores de serviços para os familiares e

também em central de atendimento<sup>7</sup>) oferecendo um atendimento diferenciado. A comunicação é peça-chave neste setor e a utilização de rádios e bips agilizam o atendimento do cliente;

- b) setor de internação: este setor é responsável pela internação dos pacientes, liberação de cirurgias e demais procedimentos, além do fechamento de contas. Pode estar vinculado ao setor de internação, o setor de guias e autorização de convênios, que monitora as autorizações para procedimentos hospitalares (consultas, cirurgias, internações), verificando o preenchimento de guias e garantias de cobertura, além das emissões de senhas de autorização;
- c) setor de reservas: é um setor relativamente novo nos hospitais. Verificou-se a necessidade de utilização do setor, pois alguns pacientes deixavam de realizar procedimentos hospitalares por que no momento da internação, não havia autorização pelo convênio para a baixa hospitalar. Com o setor de reservas é possível realizar internações eletivas<sup>8</sup>, possuindo tempo hábil para solução de quaisquer situações proibitivas, eliminando assim, o risco de perder clientes;
- d) telefonia: assim como na hotelaria, este setor também é o cartão de apresentação do hospital. O setor tem como objetivo receber e direcionar as ligações internas e externas, além de localizar médicos e funcionários pelo sistema de alto falantes no hospital;
- e) governança: a governança em hospital está relacionada aos processos de higienização das áreas sociais e das unidades de internação (U.I.). Em ambiente hospitalar, o cuidado com infecções oportunistas é constante, razão pela qual este setor precisa estar atento a quaisquer situações que necessitem de limpeza. Outro fator importante e inerente ao setor é relativo à concentração de produtos químicos utilizados na higienização. Estão subordinados à governança os setores de serviços gerais, higienização de andares, rouparia e lavanderia. Diferentemente da hotelaria, onde as camareiras realizam todas as arrumações na unidade habitacional, no hospital as camareiras são chamadas de higienistas. As higienistas realizam dois tipos de limpeza nas unidades

---

<sup>7</sup> A ser ampliado no capítulo Hotelaria Hospitalar.

<sup>8</sup> Internações eletivas são aquelas agendadas previamente, já com as respectivas autorizações dos convênios.

de internação: a concorrente e a terminal. Limpeza concorrente é realizada diariamente e consiste na troca das toalhas, retirada de lixo e pó da U.I., reposição de papel toalha e sabonetes do lavatório. A limpeza terminal é mais profunda e é efetuada nas situações de alta hospitalar ou mudança de U.I. do paciente. Utiliza produtos químicos mais concentrados, como o hipoclorito e consiste na desinfecção total da U.I., inclusive com utilização de máquinas especiais para a limpeza do piso. É importante salientar que a troca de lençóis, nos casos de incontínências ou presença de fluídos corpóreos (sangue, secreções, etc), é realizado pelo corpo de enfermagem e não pelas higienistas; e

- f) lavanderia: a lavanderia hospitalar requer atenção maior que a hoteleira, principalmente pela sujidade mais pesada da roupa. A constante presença de fluidos corpóreos faz com que os processos de lavagem da lavanderia sejam mais agressivos que os de hotelaria. É este setor que providencia e esteriliza as peças de roupas e enxoval que são utilizadas no bloco cirúrgico, abastece as rouparias dos andares e em muitos hospitais, processa a lavagem dos uniformes dos funcionários.

Após conhecer os setores e sub-setores da área de hospedagem de hotel e hospital, é possível construir um quadro comparativo entre eles, conforme Verbist (2006) e Taraboulsi (2004):

Hotel		Hospital	
Setor	Função	Setor	Função
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-in e check-out;</li> <li>• Atendimento durante a estada;</li> <li>• Procedimentos administrativos</li> </ul>	Internação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internação dos pacientes;</li> <li>• Liberação de cirurgias e demais procedimentos;</li> <li>• Fechamento de contas.</li> <li>• Autorização de convênios,</li> <li>• Preenchimento de guias e garantias de cobertura.</li> </ul>
Portaria Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento direto ao cliente;</li> <li>• Realização de tarefas administrativas aos hóspedes;</li> <li>• Conhecimento de programação cultural e social da cidade.</li> </ul>	Recepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento aos clientes;</li> <li>• Central de atendimento;</li> </ul>
Reservas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setor responsável por ordenar a quantidade e os tipos de unidades habitacionais (UH) em períodos, gerando previsões de ocupação no meio de hospedagem.</li> </ul>	Reservas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendamento de internações eletivas;</li> <li>• Gestão de leitos.</li> </ul>
Telefonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber e direcionar as ligações internas e externas;</li> <li>• Fazer chamadas de despertar</li> </ul>	Telefonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber e direcionar as ligações internas e externas;</li> <li>• Localizar pessoas.</li> </ul>
Governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto e bem estar dos hóspedes nas unidades habitacionais e nas áreas sociais do meio de hospedagem.</li> <li>• As áreas internas e de serviço também são de responsabilidade da governança.</li> </ul>	Governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos de higienização das áreas sociais e das unidades de internação (U.I.);</li> <li>• Áreas de serviço e internas.</li> </ul>
Lavanderia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuida do enxoval do hotel;</li> <li>• Roupas enviadas pelos hóspedes para serviços;</li> <li>• Uniformes dos funcionários</li> <li>• Roupas com sujidade leve.</li> </ul>	Lavanderia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providencia e esteriliza as peças de roupas e enxoval que são utilizadas no bloco cirúrgico;</li> <li>• Abastece as rouparias dos andares e em muitos hospitais;</li> <li>• Processam a lavagem dos uniformes dos funcionários.</li> <li>• Roupas com sujidade pesada.</li> </ul>

Figura 12: Comparativo entre hotel e hospital no setor de hospedagem

Fonte: elaborado pelo autor

Percebe-se que os setores de telefonia, governança, lavanderia e reservas possuem a mesma atividade-fim nas duas estruturas, guardadas as respectivas proporções no que tange o porte e a intensidade do serviço.

O setor de recepção, para as duas organizações, possui características diferentes. Enquanto na estrutura hoteleira a recepção assume funções de atendimento direto durante a estada e inicia os processos administrativos do hotel, no ambiente hospitalar, a recepção detém características de orientação física dos setores do hospital, cabendo ao setor de internação os processos administrativos de abertura e fechamento de conta do cliente de saúde.

### 1.2.1.1.2. Alimentos e bebidas

A alimentação é um dos atributos da hospitalidade. Tanto hotéis quanto hospitais geralmente oferecem serviços de alimentos e bebidas aos seus clientes, embora com objetivos diferentes. Enquanto um hóspede do hotel aprecia todos os aspectos de uma refeição (ambiente, montagem da mesa, postura dos garçons, apresentação do prato, serviço de bebida, etc.), o cliente de saúde recebe o serviço de alimentação em sua unidade de internação com o propósito de servir-lhe de restabelecimento, porém, não impedindo que haja sofisticação na apresentação da refeição e no serviço.

Davies (2001, p.18) considera que o departamento de alimentos e bebidas de um hotel é muito complexo, podendo oferecer, conforme seu porte, diversas opções de restaurantes, serviço de quarto, *coffee shop*<sup>9</sup> e bares. Para Castelli (2003, p.179), o objetivo do setor de alimentos e bebidas dentro da estrutura hoteleira é “visar sempre o atendimento do hóspede em suas necessidades alimentares”. O mesmo autor (2005, p.205) cita ainda que “as pessoas vão para um restaurante por muitos motivos, inclusive comer”.

Verbist (2006, p. 41) afirma que o setor de alimentos e bebidas (A&B) possui uma relevante participação no aumento de receitas nos ambientes hoteleiros de grande porte, principalmente pelo fato de não se limitar apenas aos hóspedes, mas ampliar seu leque de atuação oferecendo serviços de alimentação em banquetes, casamentos, bailes e outros eventos. Entretanto, alguns hotéis geralmente optam por terceirizar a área de alimentos e bebidas, devido ao custo operacional e despesas com mão-de-obra.

Devido à complexidade do setor de A&B no ambiente hoteleiro e visando atender o objetivo geral deste trabalho, optou-se por abordar apenas os setores de restaurante, cozinha, copa central e *coffee shop*. Quevedo (2006, p.32 e 33), cita os setores de restaurante, cozinha, copa, *coffee shop*, serviço de café-da-manhã e *room service*<sup>10</sup>, conforme ampliado a seguir:

---

<sup>9</sup> Coffee shop é um espaço no meio de hospedagem destinado a refeições rápidas e que não requerem muita elaboração. Geralmente são servidos lanches, cremes, frutas e sobremesas.

<sup>10</sup> Room service: serviço de quarto.

- a) restaurante: local onde são servidos diversos pratos para o público externo e interno. Pode ter diversos tipos de comida e serviços, geralmente coerente com o ambiente onde está instalado;
- b) cozinha: espaço onde são preparadas as refeições, utilizando-se de métodos de trabalho, equipamentos, insumos e materiais para a elaboração dos pratos comandados;
- c) copa: serve como apoio aos setores de café-da-manhã, *room service* e *coffee shop*. Prepara pequenos lanches para estes dois últimos setores citados, efetua a montagem das bandejas de frutas, frios e pães no buffet de café-da-manhã, além de armazenar bebidas e louças;
- d) *coffee shop*: espaço destinado para servir lanches, cafés, bebidas e refeições leves e rápidas, aberto para clientes externos ou hóspedes do hotel;
- e) *room service*: é o serviço de quarto. Geralmente é disponibilizado um cardápio na unidade habitacional do hóspede, que varia de hotel para hotel, com refeições leves e rápidas, servidas no próprio apartamento do cliente; e
- f) café-da-manhã: geralmente servido no restaurante do hotel, podendo também ser levado no apartamento do hóspede. Muitos hotéis incluem o café-da-manhã na diária, outros optam por cobrar à parte (principalmente hotéis executivos).

Do ponto de vista organizacional, o setor de A&B na hotelaria é comandado por um gerente de alimentos e bebidas. No restaurante, o comando é do *maitre*, auxiliado por chefe(s) de fila(s), que lidera(m) uma equipe de garçons. Na cozinha, o chefe de cozinha é o responsável pela gestão e fluxo de atividades de produção na cozinha, sendo assessorado por uma equipe de cozinheiros e outros profissionais específicos, conforme o porte e o tipo de serviço oferecido, tais como: a) *entremetier*: preparo de sopas, hortaliças, guarnições e massas; b) *saucier*: preparo de molhos quentes, primeiros pratos e entradas quentes; c) *rotisseur*: preparo de assados, grelhados e frituras; d) *garde-manger*: preparo dos serviços frios, molhos frios, desossar, limpar e cortar carnes, conforme as porções pré-definidas; e) *patisseur*: preparo das sobremesas e; f) cambuzeiro: atender as solicitações de bebidas e montagem do *couvert*.

Transpondo para o ambiente hospitalar, o setor de alimentos e bebidas recebe uma outra nomenclatura: Unidade de Nutrição e Dietética (UND). Para Balchiunas (2005, p.199), a função da UND é

a produção de bens de consumo e a prestação de serviços, fornecendo assistência dietoterápica adequada à clientela assistida [...]. Além disto, como unidade de produção e de prestação de serviços, responsabiliza-se pelo controle qualitativo e quantitativo em todas as etapas do processo de produção e prestação de serviços, com atuação e competências bem definidas.

Assim como na hotelaria, a parte de alimentação no ambiente hospitalar também é complexa, pela razão de atender um público diversificado, como clientes sadios e enfermos, com variadas faixas etárias, credos e hábitos alimentares diferentes, além de restrições dietéticas.

Mesmo com todas estas características ecléticas, Jorge e Maculevicius (2007, p. 77), afirmam que deve-se pensar no indivíduo que está enfermo, acamado ou com necessidades especiais, sendo

muito importante trabalhar a alimentação deste indivíduo com cuidado, elaborando-a não só no sentido de suprir suas necessidades básicas de manutenção ou de recuperação da saúde, mas propiciando conforto e bem estar físico e mental.

Desta forma, percebe-se que a alimentação passa a ter não só o caráter assistencial, mas também fator acelerador do processo de restabelecimento do cliente de saúde.

Diferentemente da hotelaria, o cliente de saúde (paciente) normalmente é atendido na própria unidade de internação, devido à impossibilidade de locomoção até o restaurante do hospital. Seus familiares ou acompanhantes, mesmo com a possibilidade de deslocamento, acabam optando por realizar suas refeições junto ao paciente. Conforme abordado anteriormente, este tipo de serviço é conhecido na hotelaria por *room service* (Boeger, 2005, p.63).

Segundo Balchiunas (2005, p.209), existem três fatores que interferem diretamente na funcionalidade da UND, são eles:

- a) tipo de hospital: diz respeito às especialidades atendidas, sendo geral ou especializado, o qual determinará a área necessária para a produção das dietas. Outro fator importante refere-se ao atendimento da especialidade

pediatria, pois para atender este cliente, será necessária a montagem de um lactário;

- b) número de comensais e tipo de refeição servida: quais serão os clientes atendidos, se serão apenas os pacientes, se os funcionários, acompanhantes ou familiares também serão atendidos. Esta resolução também interfere no dimensionamento da área física, além de também considerar o tipo de serviço a ser disponibilizado, demandando o investimento em equipamentos e equipe de trabalho para a prestação do serviço; e
- c) localização da UND: relativo ao aspecto arquitetônico, havendo diferenças se o hospital tiver características de construção horizontal ou vertical. Quando o hospital for uma construção horizontal, a UND deverá localizar-se em local central e estratégico, permitindo tanto a distribuição das refeições quanto o abastecimento do setor. Se for de característica vertical, é importante localizar-se no pavimento térreo, próximo a elevadores de serviços, facilitando a entrega das refeições, a retirada do lixo e também o abastecimento.

A distribuição das refeições para os diferentes tipos de cliente também é um fator relevante na estrutura física e nos processos de trabalho do setor. Para o paciente, existem três tipos de sistema de distribuição: centralizado, descentralizado e misto.

No sistema centralizado, as refeições são preparadas e porcionadas em bandejas isotérmicas, identificadas na UND, e distribuídas aos respectivos pacientes. Pode ser considerado como o sistema mais simples, prático, higiênico e rápido. No sistema descentralizado, as refeições são preparadas na UND e levadas até as copas dos andares em carros isotérmicos, sendo porcionadas e identificadas. Neste processo de distribuição é mais arriscado haver contaminação do alimento pela manipulação e perda de temperatura. No sistema de distribuição misto, as refeições mais substanciosas como almoço e jantar são porcionadas na UND e distribuídas como no sistema centralizado e as demais, como lanches, desjejum e ceia, são preparadas e distribuídas a partir das copas (BALCHIUNAS, 2005).

Para os funcionários, a distribuição de refeições ocorre em refeitórios através de balcão térmico e auto-serviço (BALCHIUNAS, 2005). Os acompanhantes

e visitantes, neste sistema, deverão ser encaminhados para espaços apropriados como lanchonetes e restaurantes, onde estará disponibilizada opção de refeições rápidas (lanchonetes) ou mais elaboradas (restaurantes), tornando o serviço mais diversificado, personalizado e confortável (BALCHIUNAS, 2005).

Do ponto de vista estrutural, o organograma de uma Unidade de Nutrição e Dietética é representado conforme a figura abaixo:

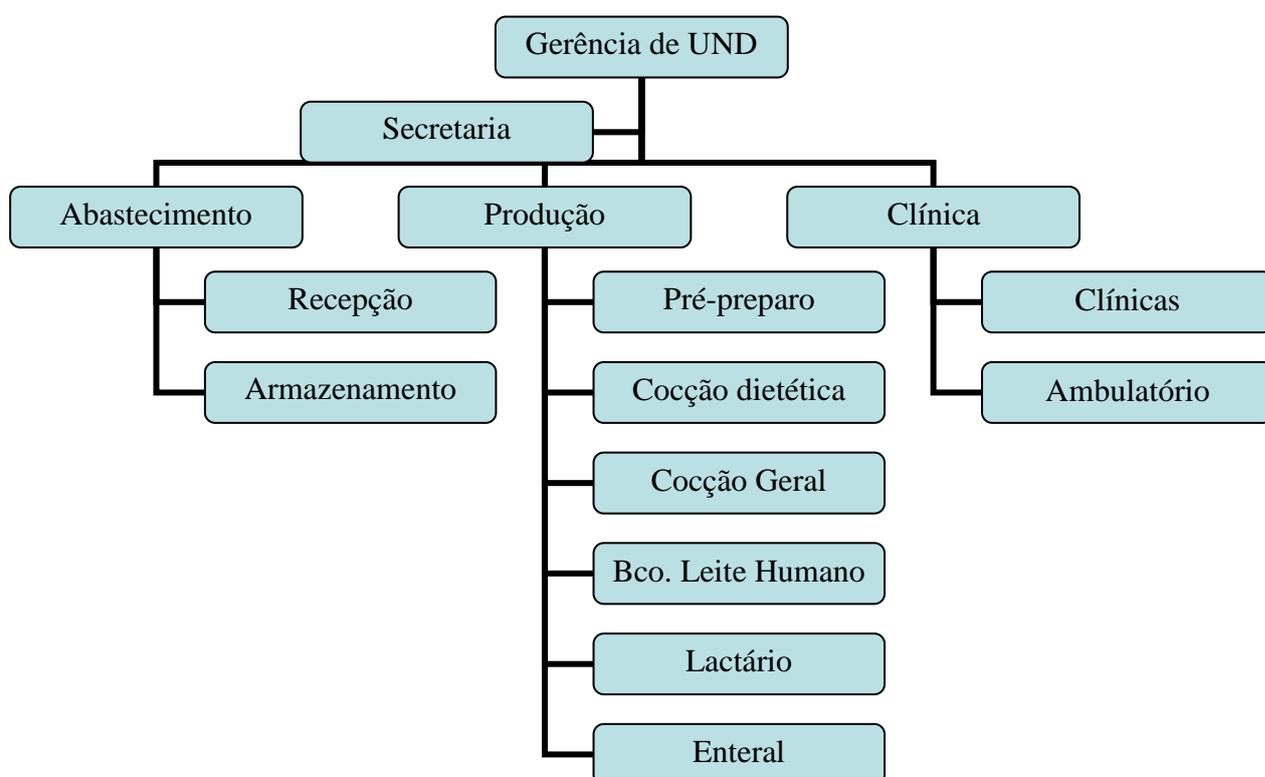


Figura 13: Organograma da U.N.D.  
Fonte: Balchiunas (2005, p.208)

Em comparação com a área de alimentação da hotelaria, percebe-se que a UND dispõe de funções mais técnicas em relação à brigada de A&B hoteleira. As áreas de abastecimento e produção são comuns nas duas estruturas, embora a produção hospitalar seja mais direcionada à prescrição médica. A área de clínicas é referente aos serviços ambulatoriais ou de consultas, onde haja a necessidade de prover algum tipo de refeição leve, como biscoitos, torradas e sucos.

Jorge e Maculevicius (2007, p. 79) citam que a visão de dieta hospitalar “está sendo ampliada e adaptada às tendências da gastronomia no mercado

globalizado de alimentação e nutrição”. As autoras ainda consideram que a gastronomia aliada à nutrição passa a ser “um diferencial no atendimento de expectativas crescentes dos clientes, exigindo aprimoramento técnico, assistência nutricional individualizada e estratégias para vencer desafios constantes”.

Portanto, os hospitais devem estar atentos ao aprimoramento de sua estrutura, para que seja possível disponibilizar diferenciais no atendimento de seus clientes, como, por exemplo, utilizar a gastronomia hospitalar como fator de encantamento e de humanização.

### **1.3. Gestão assistencial e hotelaria hospitalar**

Mesmo com todos os avanços na prestação de serviços com características hoteleiras, os clientes de saúde procuram os hospitais com o objetivo de curar-se de alguma enfermidade que esteja atrapalhando sua qualidade de vida. Logo, o aspecto assistencial da organização hospitalar deve ser abordado, de maneira que seja possível ao leitor, compreender como a hotelaria hospitalar pode auxiliar no processo de restabelecimento dos pacientes de saúde.

#### **1.3.1. Gestão assistencial**

Independente do porte ou das especialidades médicas que são oferecidas, um hospital possui uma importante função na sociedade: prover assistência de saúde à população.

Porém, apenas oferecer serviços de saúde não está sendo o suficiente e algumas mudanças paradigmáticas vêm acontecendo nos ambientes hospitalares, principalmente no aspecto assistencial. Moraes, Cândido e Viera (2004, p.41) afirmam que

se anteriormente a missão do hospital era apenas assistir os pobres que estavam morrendo, passando depois para a cura de doentes, pode-se dizer que atualmente ela é diferente e evoluiu não apenas para a cura, mas para a prevenção e a manutenção da saúde, seja ela feita por meio de pesquisas, teses e/ou programas educativos.

Estas mudanças, acima citadas, iniciam a partir de uma nova visão conceitual do ambiente hospitalar. Verbist (2006, p.77), considera que o ambiente hospitalar

é palco da hospitalidade social ou pública. [...] Isto porque o hospital, assim como uma sociedade, uma família, possui e compartilha valores e crenças comuns, uma missão a ser perseguida. Possui, portanto, um ambiente comum onde estas relações são empreendidas.

Quando se menciona a gestão assistencial, deve-se salientar a importância da prestação de serviço dos profissionais que atuam diretamente com os clientes de saúde, sendo eles: o corpo médico e a enfermagem, e as relações interpessoais entre estes atores (clientes de saúde x corpo assistencial). Cabe citar que o objetivo deste tópico não é abordar os aspectos técnicos e procedimentos da parte assistencial, mas, sim, relacionar a importância de contar com profissionais qualificados na instituição, equipamentos e materiais de qualidade para diagnosticar e tratar as enfermidades (competência curativa), além da qualidade e humanização no atendimento aos clientes de saúde.

Amaral (2005, p. 145) aborda o papel do corpo médico ao considerar que “a gestão dos serviços médicos em ambientes hospitalares é parte fundamental para o adequado cumprimento de sua atividade-fim e para garantir a qualidade do atendimento e a satisfação dos pacientes”. Já LORENCETTE; BOHOMOL (2005, p.126) mencionam a importância do serviço de enfermagem ao afirmar que

o enfermeiro desempenha um papel de relevância como interlocutor entre os membros da equipe de enfermagem e a administração da instituição de saúde, além de ser o elo entre os diversos profissionais na prestação da assistência ao paciente.

Lemme (2005, p.3) cita que

a assistência médica pode ser entendida como um processo complexo, com múltiplos fornecedores e variados insumos, com o objetivo de oferecer produtos que atendam às necessidades e expectativas dos pacientes que são seu principal cliente externo.

O conceito acima citado será melhor visualizado através da figura 14:

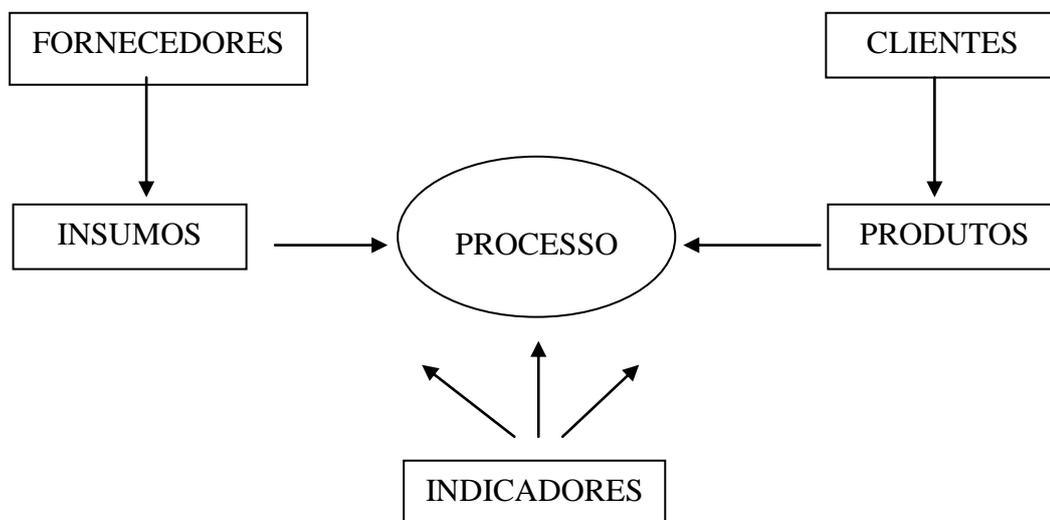


Figura 14: estrutura do processo de assistência médica  
Fonte: LEMME (2005, p.3)

São considerados fornecedores nos serviços de saúde os profissionais que estão relacionados, direta<sup>11</sup> ou indiretamente<sup>12</sup>, ao atendimento do paciente. Os insumos são todos os materiais e/ou equipamentos necessários para a realização de alguma atividade assistencial para o cliente de saúde. O processo resultante desta relação entre fornecedores e insumos gera um produto [com um pacote de serviços agregados] e que será adquirido e/ou consumido pelos clientes que podem ser externos<sup>13</sup> e internos<sup>14</sup>. Permeando todos estes componentes existem os indicadores, que são medidas quantitativas com o objetivo de dimensionar o comportamento e a evolução do processo, comparando seus resultados com valores previamente definidos como referência pela instituição (LEMME, 2005, p. 3 a 11).

Para Amaral (2005), de acordo com o porte ou o tipo de hospital, podem ser oferecidos uma ou mais especialidades clínicas. Quando se trata de um hospital geral, este abrange todas as áreas médicas. O autor considera que, dentro de um hospital com características gerais, as unidades relacionadas com os serviços

<sup>11</sup> Diretamente: médicos, corpo de enfermagem, técnicos em geral.

<sup>12</sup> Indiretamente: pessoal administrativo, fornecedores de materiais, insumos e equipamentos à prática da assistência.

<sup>13</sup> Lemme (2005, p. 5) considera clientes externos nos serviços de saúde os pacientes, familiares e acompanhantes, médicos externos ao hospital, estudantes ou pesquisadores que trabalham numa unidade, gestores do setor público (secretarias/ministério da saúde), terceiros pagadores (planos de saúde) e a sociedade em geral.

<sup>14</sup> Lemme (2005, p.5) considera clientes internos todo o quadro de funcionários da organização hospitalar,

médicos são: a) pronto socorro; b) ambulatórios; c) unidades de internação; d) centro cirúrgico; e) unidade de terapia intensiva (UTI). Também podem ser consideradas as unidades especializadas que prestam serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica, tais como: radiologia, endoscopia e laboratório (p.145 e 146).

Outro fator relevante na gestão assistencial é a evolução tecnológica na área da saúde, permitindo diagnósticos mais precisos das enfermidades e seu conseqüente tratamento. Porém, dois aspectos que interagem devem ser analisados: as competências profissionais dos médicos e enfermeiros, e a facilidade de compra destes equipamentos pelas instituições de saúde.

O hospital, ao contratar um médico ou um enfermeiro, deve levar em conta a análise do currículo, a formação acadêmica do profissional (escolas médicas renomadas), o grau de inteligência emocional e a facilidade de relacionamento humano. Outro fator importante é o freqüente aprimoramento técnico destes profissionais, devido às constantes evoluções e surgimentos de novas técnicas de procedimentos a serem aplicadas aos clientes de saúde. Mesmo com todos estes desenvolvimentos técnicos e científicos, incluindo a precisão de exames laboratoriais, bioquímicos e radiológicos, torna-se indispensável o conhecimento científico destes profissionais, pois de nada adianta a tecnologia se não houver competência para diagnosticar e humanismo para tratar a enfermidade (AMARAL, 2005, p. 154 e 155; LORENCETTE; BOHOMOL, 2005, p.128).

O cliente de saúde percebe que a tecnologia e o conhecimento técnico-científico estão praticamente em todas as instituições de saúde, tanto particulares quanto públicas. Esta situação pode ser evidenciada através da facilidade de aquisição destes equipamentos modernos pelas organizações hospitalares. Porém, o cliente de saúde vem buscando não somente os benefícios do serviço assistencial, mas também as vantagens que lhe são oferecidas, sendo estas caracterizadas pelo respeito e solidariedade ao seu estado físico e emocional. No passado, o cliente buscava o serviço hospitalar para que lhe oferecesse atendimento médico. Em um passado mais recente, os clientes de saúde procuravam pelos benefícios do atendimento, como o tratamento médico, médicos competentes, tecnologia de ponta, instalações e equipamentos novos. Atualmente, os clientes de saúde conseguem comparar os serviços prestados, valorizando no ambiente hospitalar um atendimento humanizado, com respeito, carinho, dedicação e serviços de hotelaria (TARABOULSI, 2003, p.22 e 23). Para o autor, tem-se ainda que

a qualidade dos serviços médico-hospitalares depende efetivamente das pessoas – empregados administrativos, enfermeiros e médicos – [sendo] importante a valorização das pessoas como pessoas para a consecução dos objetivos organizacionais (TARABOULSI; 2003, p. 39)

Entretanto, Lemme (2005, p.24) questiona a avaliação da qualidade técnica assistencial pelo paciente, ao citar que

a complexidade técnica (qualidade técnica, mais relacionada com as necessidades dos pacientes) desses serviços [assistenciais] não permite que eles possam ser julgados pelos pacientes. Admite-se este julgamento apenas quanto ao aspecto da relação interpessoal (qualidade de percepção, fortemente relacionada com as expectativas).

Assim sendo, Lemme ratifica o conceito de Taraboulsi, quando este afirma que os clientes de saúde comparam a qualidade dos hospitais pelas relações interpessoais e que o único aspecto técnico possível de avaliação está na tecnologia dos equipamentos a disposição dos clientes de saúde.

A humanização dos serviços no ambiente hospitalar é uma tendência que não pode ser relevada. Godói (2004, p.102) confirma esta idéia ao citar que “a preocupação do hospital precisa estar centralizada no ser humano, tendo todo o aparato de equipamentos e serviços ao seu dispor”. O autor (p.102) ainda conclui “o hospital é uma atividade essencialmente humana, portanto, o centro da atenção no hospital precisa ser o homem”.

Isto posto, pode afirmar que

a gestão assistencial não está direcionada apenas para o aspecto da competência da cura, mas sim para a relação com o cliente de saúde e o atendimento de suas necessidades e expectativas.

### **1.3.2. Hotelaria hospitalar**

A partir dos anos 80 se percebeu que a imagem fria e “insensível” que um hospital transmitia deveria ser transformada. Um dos fatores que mais incentivaram esta transformação foi a própria humanização da medicina, refletindo diretamente na prestação de serviços de um hospital (Jornal do Comércio, 14/11/06).

A complexidade das funções dos hospitais foi alterada significativamente, não sendo mais aceita a idéia isolada de 'diagnóstico e tratamento da doença'. Este foi por séculos a finalidade principal das instituições de saúde (TRIGO, 2005). Assim como ocorreu esta evolução na finalidade do hospital, os serviços de hotelaria também evoluíram, sendo considerados os principais diferenciais entre os hotéis.

Outro fator que deve ser considerado é o aumento considerável da oferta de instituições de saúde. A partir da década de 70, o número de hospitais era reduzido e os clientes não tinham opções de escolha. Os hospitais se preocupavam muito mais com a questão assistencial do que propriamente dito com o conforto e bem estar dos pacientes e seus acompanhantes. Com o advento das clínicas de intervenção ambulatoriais e o conceito de *day-hospital*, surgiu a necessidade de agregar serviços com a finalidade de oferecer conforto e bem-estar aos seus clientes (TARABOULSI, 2003).

#### **1.3.2.1. A Humanização do ambiente e atendimento hospitalar**

Humanizar o ambiente hospitalar implica em dar lugar à palavra do paciente e também dos profissionais de saúde, formando uma rede de diálogo que pense e promova ações, campanhas, programas e políticas a partir da dignidade ética da palavra, do respeito e o reconhecimento mútuo e da solidariedade (TRIGO, 2005).

Masetti (1998, *in* Trigo, 2005, p.807) propõe que

padrões até então adotados como verdades absolutas em relação ao atendimento do paciente sejam questionados, transformando os relacionamentos em aspectos humanísticos e humanitários na saúde, proporcionando convívio mais equilibrado entre saúde e medicina.

A humanização dos processos de serviços no hospital pode ser atingido na aproximação de uma "irmã": a hotelaria. São duas palavras, com sentidos diferentes, mas de mesma origem na palavra hospitalidade. Segundo Powers e Barrows (2004, p.24) hospitalidade, em inglês, é "derivada da palavra '*hospice*' – palavra relacionada a hospital – também se refere a uma forma antiga do que conhecemos como casa de tratamento de saúde". A adoção da prática hoteleira nos hospitais não deve ser confundida com humanização. A hotelaria é um dos aspectos que contribuem para o processo de humanização. (TRIGO, 2005, p.807)

O estabelecimento de um novo paradigma no ambiente hospitalar é um grande desafio a ser conquistado, e passa obrigatoriamente pela humanização dos serviços. A humanização de serviços envolve todos os profissionais que atuam em linhas de frente, conscientizando o profissional que está prestando o atendimento a respeitar o paciente e seus acompanhantes, compreendendo a gama de sentimentos que estão envolvidos na situação. A busca do estabelecimento de um padrão de serviços, utilizando como modelo a hotelaria, dentro do ambiente hospitalar deve ser o principal fator motivacional dos gestores de setores hospitalares (TARABOULSI, 2003; GODOI, 2004; BOEGER, 2005).

O departamento de hotelaria pode contribuir para a percepção de bem-estar do cliente, que muitas vezes agrega essa percepção de conforto ao produto genérico oferecido (medicina, instalações, atendimento), juntamente com as condições de humanização, e constituem um quadro de vantagens competitivas nas organizações (TRIGO, 2005).

A implantação dos conceitos de serviços de hotelaria no hospital não pode ser considerada um luxo e sim uma real necessidade (BOEGER, 2005). Alguns aspectos a serem considerados, segundo Taraboulsi (2003, p. 22) são: a) a evolução e fortes investimentos das instituições de saúde nos aspectos científicos, nas pesquisas, equipamentos de última geração e procedimentos clínicos e cirúrgicos revolucionários; b) o cliente de saúde é um ser constituído de sentimentos e emoções, inseguro, confuso, necessitando principalmente de respeito, carinho e atenção; e c) além dos benefícios dos serviços de saúde, ele também busca vantagens que lhe são oferecidas.

Taraboulsi (2003, p. 22 e 23) ainda faz uma relação entre as características, os benefícios e as vantagens dos serviços de saúde e as necessidades dos clientes, ao afirmar que

- Característica do serviço: o cliente buscava antigamente o serviço hospitalar pelo aspecto assistencial, ou seja, o atendimento médico.
- Benefício do serviço: em um passado recente o cliente buscava os benefícios do atendimento, tendo como diferenciais o tratamento médico, a tecnologia, instalações e equipamentos novos.
- Vantagens do serviço: tecnologias e conhecimentos científicos estão a disposição das instituições de saúde, agregando o atendimento humanizado e estruturas de conforto e bem-estar para si e seus acompanhantes.

Com esta citação, Taraboulsi (2003) traça uma linha invisível do tempo, comparando as necessidades dos clientes frente à característica, o benefício e as vantagens do serviço hospitalar. Percebe-se que o cliente buscava, antigamente, apenas a cura, transferia para o médico suas expectativas de melhoria, sem participar do processo. Em passado recente, conforme cita o mesmo autor, a tecnologia surgiu como auxiliar do tratamento médico, diferenciando hospitais pelos investimentos efetuados em equipamentos e instalações, buscando prestar melhores serviços também no atendimento. Por fim, com a socialização do conhecimento e facilidade de acesso à tecnologia e equipamentos, os hospitais tendem a direcionar seu foco para o atendimento humanizado, disponibilizando este diferencial às suas estruturas físicas.

Uma forma para atender aos desejos e necessidades do cliente de saúde com o atendimento humanizado pode ser a hotelaria hospitalar. Embora sem haver um conceito objetivo claro ao meio hospitalar, Boeger (2003, p.24) propõe que hotelaria hospitalar seja conceituada como “a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação”. Para Godoi (2004, p.40), hotelaria hospitalar “é a introdução de técnicas, procedimentos e serviços de hotelaria em hospitais com o conseqüente benefício social, físico, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários”. Moraes, Cândido e Viera (2004, p.44) citam que o objetivo principal da hotelaria hospitalar “será sempre o de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, aos colaboradores e à direção”.

Esta qualidade de vida citada por Moraes, Cândido e Viera (2004) está relacionada às condições de qualidade dentro do ambiente hospitalar. Boeger (2003, p. 55) aborda que “é imprescindível entender que hotelaria não é sinônimo de luxo, mas de conforto e qualidade, acima de tudo. O conceito está baseado na idéia de receber bem, de acolher”. A partir deste conceito é possível perceber que o fator hospitalidade está diretamente relacionado com a hotelaria hospitalar.

Para que seja possível implementar estratégias de hotelaria hospitalar, é importante esclarecer que a hotelaria deve se adequar e respeitar as regras e funções hospitalares, porém, as funções hospitalares não devem deixar de aceitar as características da prestação de serviços de atendimento e acolhimento que a hotelaria proporciona (BOEGER, 2003).

A implementação de estratégias de hotelaria hospitalar deve considerar determinantes alguns fatores, tais como: a) tamanho do hospital; b) cultura da instituição; c) consciência da administração da dimensão da nova proposta; d) vontade da administração de apoiar um plano de implementação; e) administradores hospitalares com criatividade, competência e flexibilidade; f) recursos humanos treinados, adaptados e pré-dispostos a atuarem com vontade e dedicação; g) estrutura física: entrada, saída, corredores, elevadores, áreas de circulação sociais e de empregados são aspectos importantes para o estudo de fluxograma e cronograma adequados para o atendimento; e h) acompanhamento das etapas de implantação, sempre levando em consideração o fator que está sendo implantada a hotelaria adaptada e não a clássica (TARABOULSI, 2003).

Outro fator relevante a ser considerado, é o impacto positivo que a hotelaria hospitalar pode gerar na vida institucional. Taraboulsi (2003, p. 55) conceitua que “alguns hospitais estão colhendo resultados gratificantes mesmo com uma implantação tímida da hotelaria hospitalar”. Com esta afirmação, o autor considera que, mesmo em processo inicial, a hotelaria hospitalar tende a ser uma “quebradora” de paradigma frente a gestão atual de alguns hospitais. Este ponto de vista de Taraboulsi é compartilhado por Boeger (2003, p. 57), quando este afirma que “os resultados apresentados quando se opta pelo atendimento diferenciado e personalizado são visíveis [...]”.

Estabelecer um padrão de serviços diferenciado é o objetivo das empresas em geral. No segmento de hotelaria comercial, existe uma preocupação em montar um padrão de serviço que seja quase imperceptível ao cliente. O intuito é que o cliente usufrua os serviços de tal maneira que, ele, ao sair do hotel, tenha a sensação de que pagou muito menos do que lhe foi oferecido. No ambiente hospitalar, não deve ser diferente. Assim como no ambiente hoteleiro, os clientes que utilizam os serviços de um hospital, também tem necessidades e desejos diferentes, cabendo aos gestores perceberem cada uma delas.

Na hotelaria, o hóspede está acostumado a centralizar suas solicitações na recepção. Toda e qualquer situação de hospedagem, desde a televisão que não funciona, o chuveiro que não esquentou, o prato que não subiu no tempo prometido. passa pela recepção. Mesmo com tantos setores numa organização hoteleira, o hóspede procura pela recepção porque é ponto de referência. O hóspede sente-se mais seguro a fazer estas solicitações ao recepcionista, pois projeta neste

profissional a imagem de competência, de solução de problemas. Projetando para o ambiente hospitalar, muitas vezes os pacientes ou acompanhantes acabam sobrecarregando o serviço da enfermagem quando necessitam de um travesseiro a mais, um cobertor ou um ajuste na televisão. (BOEGER, 2003).

A similaridade de serviços entre hotel e hospital é evidente. A precaução que se deve ter ao estabelecer padrões de serviço de hotelaria em um ambiente hospitalar é no impacto que o serviço hoteleiro terá frente aos serviços médico-hospitalares. Não deve haver interferência em procedimentos operacionais do hospital e sim uma oportunidade de disponibilizar uma estrutura de serviços para atender a possíveis necessidades dos clientes e acompanhantes (TARABOULSI, 2003; GODOI, 2004; BOEGER, 2005) . O hospital pode, ainda, transformar esta estrutura de serviços em potencial fonte de receita. Alguns serviços sugeridos por Boeger (2003, p.61), como diferenciais em atendimento: a) compra de livros e revistas e posterior entrega no apartamento; b) compra de CD, flores e outros 'mimos'; c) compra de passagens na rodoviária ou aeroporto; d) informação de horários de missas e cultos de outras religiões, bem como localização das sedes mais próximas; e) guarda de bagagens e valores; f) venda de artigos de conveniência, tais como artigos de higiene pessoal; g) serviços de escritório virtual, estrutura de xerox, internet e motoboy; e h) chaveiros e mecânicos para as emergências.

Godói (2004, p.108) afirma que “introduzir serviços da hotelaria convencional em hospitais tem se mostrado um fator importante para agregar conforto e serviços de luxo a ambientes até então despojados”.

Este conceito de Godói (2004) ratifica Boeger (2003), pois este último considera que a hotelaria hospitalar “não constitui luxo, e sim uma real necessidade”.

“A hotelaria hospitalar vê o hospital como um hotel com uma clientela com necessidades diferenciadas e com um maior grau de sensibilidade. Portanto, agregar os serviços oferecidos em hotéis a esse público tornará sua convalescença menos traumatizante e menos desgastante”. Godoi (2004)

#### 1.4. Sistema de análise

Com o que foi abordado nos subcapítulos anteriores, é possível perceber que as organizações de saúde também são prestadoras de serviço e que possuem suas estruturas organizacionais adequadas ao seu porte e serviços disponibilizados. Assim sendo, pode-se mostrar gráfica e esquematicamente esta revisão, conforme a figura 15:

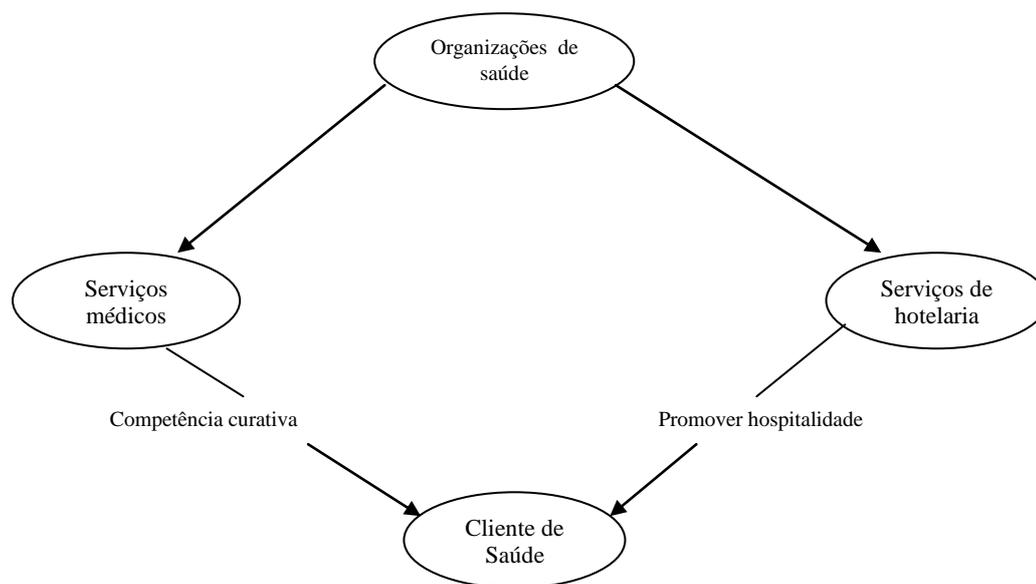


Figura 15: Esquema de prestação de serviços hospitalares  
Fonte: o autor

Conforme abordado anteriormente, as organizações de saúde, independente do porte, disponibilizarão serviços médicos e serviços de hotelaria.

Os serviços médicos são a atividade-fim de uma organização de saúde, porém, necessitam de serviços de apoio para poder atingir seus objetivos. O advento da tecnologia nos equipamentos de diagnóstico e exames permitiu aos serviços médicos preocupar-se mais com a forma de abordagem e a relação interpessoal com o cliente de saúde, do que a interpretação de exames. A relação outrora convencional de que o médico é um ser superior, sendo o único responsável pelo provimento de cura ao paciente, já não está tão frequente. Taraboulsi (2003, p. 47) aborda dois casos, precisamente dois filmes, que retratam a necessidade dos médicos interagirem com seus clientes: o primeiro é o filme *Patch Adams*, com Robin Williams, o qual inspirou a criação dos doutores da alegria, atuante em vários

hospitais brasileiros. O segundo, é o filme *Um golpe do destino*, com William Hurt. Em ambos, a mensagem transmitida é que o médico deve tratar seu paciente com mais calor humano, entendendo as angústias, aflições, inseguranças e ansiedades.

Os serviços de hotelaria possuem como principal objetivo, promover a hospitalidade no ambiente hospitalar. Boeger (2007, p.113 e 114) cita que

a hotelaria hospitalar busca aproximar da real necessidade do cliente, preocupando-se em medir suas expectativas e não somente suas necessidades. Não busca interferir no exercício das funções dos profissionais da área de saúde, mas sim, ajudá-los a encontrarem pacientes e acompanhantes mais satisfeitos com o atendimento recebido, reconhecidos como indivíduos, respeitando suas aversões, desejos e interesses [...].

Portanto, a hotelaria hospitalar surge como um elo entre a promoção da hospitalidade, colocando em prática as condições de acolhimento, provendo hospedagem, alimentação, conforto, segurança e bem estar ao cliente de saúde, com a prestação dos serviços médicos, os quais estão plenamente capacitados para disponibilizar seus conhecimentos médicos para a cura das enfermidades destes clientes.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Um projeto de pesquisa é um plano de ação que tem por finalidade partir de uma dúvida e utilizar métodos capazes de esclarecê-las (MALHOTRA, 2001; CERVO; BERVIAN, 2002). Cervo e Bervian acreditam ser oportuno distinguir método e técnica, conceituando que se deve entender por método “o dispositivo ordenado, o procedimento sistemático, em plano geral” (2002, p. 25). Os autores ainda abordam que a técnica está diretamente subordinada ao método, com a aplicação do plano metodológico e a forma de execução.

Para atingir os objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo de caso no Hospital Divina Providência. Gil (1999, p. 72) considera que “o estudo de caso pode, pois, ser utilizado tanto em pesquisas exploratórias quanto descritivas [...]”. Para Yin (2005, p. 27), o estudo de caso tem um poder diferenciador, devido a “sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações”.

Neste trabalho, foram adotados critérios para definições quanto a : a) escolha do objeto do estudo; b) o período para a coleta de dados; c) aspectos de estrutura e atendimento; d) quantidade de questionários a serem respondidos e; e) gestores entrevistados.

A escolha da instituição ocorreu em função do porte (o hospital conta com 165 leitos), da facilidade de acesso às informações e do interesse da Direção Médica do hospital em verificar o nível de qualidade dos serviços de hotelaria hospitalar nos apartamentos privativos.

Quanto ao período para a coleta de dados, optou-se pelos meses de janeiro e fevereiro de 2008, porque não há diferença significativa na relação entre os períodos do ano e as situações de intervenção. Como foram pesquisados pacientes e acompanhantes das especialidades de obstetrícia e cirúrgicos em geral, percebeu-se que não há variação relevante destes casos, os quais ocorrem durante todo o ano ininterruptamente (ver figura 22).

A quantidade de questionários aplicados foi definida após uma pesquisa de demanda das internações do Hospital Divina Providência, entre 2006 e 2007. Estas informações foram solicitadas ao setor de processamento de dados que filtrou os resultados por mês, especialidade, tipo de apartamento e idade, gerando relatórios

detalhados para a definição da quantidade de entrevistas. É importante ressaltar que a quantidade de acompanhantes a serem entrevistados está diretamente vinculada ao número de pacientes, pois o Hospital Divina Providência não dispunha de dados específicos sobre acompanhantes. Entretanto, nem todos os pacientes que autorizaram a entrevista estavam acompanhados.

A aplicação dos questionários aconteceu entre os dias 15 de janeiro e 22 de fevereiro de 2008, totalizando trinta dias úteis de entrevistas. As entrevistas aconteciam de segunda a sexta-feira, entre as 15 e 19h30min. Não eram realizadas entrevistas nos finais de semana por dois motivos: a) nos finais de semana aconteciam plantões das enfermeiras, ficando apenas uma responsável pelos 3 andares de apartamentos, além da equipe de técnicos de enfermagem que também faziam escalas de plantão; e b) redução da ocupação nos apartamentos cirúrgicos em virtude das altas hospitalares. Durante o período de aplicação do questionário aconteceu o Carnaval (entre 2 e 5 de fevereiro de 2008), porém, observou-se o critério das entrevistas durante a semana e não se deixou de aplicá-las aos pacientes e acompanhantes neste período. O horário das 15 às 19h30min foi estabelecido juntamente com o corpo de enfermagem porque na parte da manhã são realizados os procedimentos como serviço de café da manhã e lanche, banhos nos pacientes e visita dos médicos. O corpo de enfermagem do hospital informou que após às 15h os pacientes geralmente ficavam mais dispostos e que muitos após às 19h30 já se mostravam mais sonolentos e dispersivos. Assim, para não atrapalhar a operacionalidade do hospital, optou-se por realizar as entrevistas nesta faixa horária.

Os questionários foram aplicados diretamente pelo pesquisador, que seguiu o seguinte método: a) chegada no andar, saudação às recepcionistas e equipe de enfermagem; b) solicitação da lista de pacientes internados; c) quantificação e extração de informações das especialidades médicas (obstetrícia, clínica médica ou cirúrgica); c) anotação do número do apartamento, nome do paciente e tipo de especialidade em lista desenvolvida pelo pesquisador; d) conversa com a enfermeira do andar sobre as condições clínicas do paciente; e e) solicitação para a recepcionista ou um técnico de enfermagem ir até o apartamento e solicitar o consentimento do paciente para que o pesquisador entrevistasse. Os pacientes que concordavam em responder ao questionário foram classificados como “disponíveis” e os que não concordavam como “não disponíveis”. Acontecia muitas vezes que os pacientes “disponíveis” tornavam-se “não disponíveis”, em virtude de estarem: a)

recebendo visitas ou o médico no momento da entrevista; b) realizando amamentação, procedimentos de curativo ou de higiene pessoal; e c) dormindo ou com dores. Os pacientes para responder ao questionário deveriam atender os respectivos critérios: a) ser maior de 18 anos; b) ter realizado pelo menos duas refeições no hospital, por via oral; c) estar internado em apartamento privativo, ou pela especialidade Obstetrícia, ou pela especialidade Cirúrgica; e d) ter dormido mais de uma noite no hospital, no mesmo quarto.

O critério para a escolha dos gestores a serem entrevistados foi o grau de envolvimento com as variáveis estrutura e atendimento. Na variável estrutura foram analisados os setores de hospedagem e serviço de nutrição e dietética (SND), sendo necessário que os gestores destas áreas citadas e também a direção do hospital, fossem entrevistados. Na variável atendimento, foram analisados os setores de internação, higienização, SND e postos de enfermagem. Para tanto, os gestores destas áreas foram entrevistados pelo pesquisador entre os dias 6 e 22 de fevereiro de 2008. Na entrevista, os gestores responderam questões relacionadas com seus conhecimentos sobre hotelaria hospitalar, diretrizes do hospital e estrutura organizacional.

### ***2.1. Delineamento da pesquisa***

Partindo do problema e dos objetivos propostos nesta pesquisa, a investigação é exploratória do tipo estudo de caso. Segundo Malhotra (2001, p. 105), o principal objetivo da pesquisa exploratória “é prover a compreensão do problema enfrentado pelo pesquisador”. O autor ainda cita que este tipo de pesquisa é usado “em casos nos quais é necessário definir o problema com maior precisão, identificar cursos relevantes de ação ou obter dados adicionais antes que se possa desenvolver uma abordagem”.

Esta pesquisa possui características exploratórias, pois pouco se sabe a respeito da situação problema. Desta forma, é possível ser fornecido mais critérios para ajudar na compreensão das constatações.

## **2.2. Ferramentas de trabalho**

Yin (2005, p. 27) considera que pesquisas do tipo estudo de caso contam com muitas das “técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescentam duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e as séries sistemáticas de entrevistas”. Serão utilizados como instrumentos: a) a observação direta; b) entrevista com gestores; c) estratégia de coleta de informações e d) questionários com usuários.

### **2.2.1 Observação direta**

Uma das ferramentas utilizadas foi a observação direta nas dependências do Hospital Divina Providência. Cervo & Bervian (2002, p. 27) consideram que “sem a observação, o estudo da realidade e de suas leis seria reduzido à simples conjectura e adivinhação”.

Foram observados dois pontos: a) estrutura e b) atendimento. Quanto à estrutura foram analisados dois setores: a) hospedagem e b) serviço de nutrição e dietética (SND).

Em cada setor foram observados os seguintes aspectos relacionados à estrutura:

- a) ambiente físico: foram analisados neste aspecto, as condições de trabalho dos funcionários, os equipamentos, os materiais e os utensílios disponíveis para a realização de tarefas inerentes ao setor, além da localização física da área interna do hospital;
- b) hierarquia: foi verificada a quantidade de funcionários de cada área, a existência de relações hierárquicas definidas, cargos e funções dos funcionários, além das condições de relações interpessoais entre funcionários e chefias;
- c) regras e políticas: identificação de existência de regras e políticas de convivência, atendimento e abastecimento dos setores; e
- d) normas de procedimento: verificação de existência e aplicação das normas de boas práticas ou de procedimentos nos setores estudados.

Na variável atendimento, foram observadas *in loco* as condições de prestação de serviços aos pacientes e acompanhantes. Para tal, foram analisados os seguintes setores e respectivos aspectos:

- a) internação: tempo de espera dos clientes, clareza nas orientações, realização de treinamentos, cordialidade e receptividade ao cliente;
- b) Serviço de Nutrição e Dietética (SND): cordialidade, realização de treinamentos, agilidade para solução de problemas e apresentação pessoal;
- c) higienização: cordialidade, realização de treinamentos, apresentação pessoal, agilidade para solução de problemas e qualidade de limpeza da unidade de internação; e
- d) enfermagem: cordialidade, realização de treinamentos, apresentação pessoal e agilidade para solução de problemas.

## 2.2.2 Entrevista com gestores

Segundo Malhotra (2001, p.68), a aplicação de entrevistas com especialistas pode ter “utilidade em situações nas quais é escassa a disponibilidade de outras fontes [...]”.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores. O roteiro desta entrevista está no anexo C. Malhotra (2001, p. 68) ainda cita que “é útil preparar uma lista de tópicos a serem abordados e as perguntas a serem feitas não devem ser pré-determinadas, mas decididas no decorrer da entrevista”.

Foram entrevistados: a) o diretor médico, b) a coordenadora de enfermagem, c) a coordenadora de hotelaria hospitalar, d) a supervisora de higienização, e) a coordenadora do SND; e f) a coordenadora de internação. A entrevista, enquanto técnica de coleta de dados,

é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (SELLTIZ ET AL. apud GIL, 1999, p. 117).

Malhotra (2005, p. 236) cita que perguntas abertas “permitem ao entrevistado expresse atitudes e opiniões gerais que podem ajudar o pesquisador a interpretar suas respostas às perguntas estruturadas”.

### 2.2.3. Estratégia de coleta de informações.

Para identificar o número de pacientes e acompanhantes a serem entrevistados, foram levantados dados estatísticos das internações do Hospital Divina Providência. Esta tarefa pode ser realizada devido ao auxílio do setor de processamento de dados do hospital, que informou as internações durante os anos de 2006 e 2007, as quais estão dispostas nas tabelas 1 e 2, respectivamente:

Tabela 1 - Internações Hospital Divina Providência – 2006

Internações Hospital Divina Providência - 2006													
	Maiores de 18 anos			Menores de 18 anos			Maiores de 18 anos			Menores de 18 anos			TOTAL
	Cirúrgicos	Obstétricos	Clínica Médica	Cirúrgicos	Obstétricos	Clínica Médica	Semi-privativos Cirúrgicos	Semi-privativos Obstétricos	Semi-privativos Clínica Médica	Semi-privativos Cirúrgicos	Semi-privativos Obstétricos	Semi-privativos Clínica Médica	
Jan	172	39	56	6	-	-	373	163	146	18	-	-	973
Fev	100	33	53	5	4	-	269	143	116	34	-	4	761
Mar	134	49	51	-	-	1	419	177	151	14	4	2	1002
Abr	141	45	52	2	-	-	364	169	132	18	2	12	937
Mai	174	54	63	2	-	-	537	182	158	6	2	7	1185
Jun	160	52	49	1	1	-	472	190	141	8	2	6	1082
Jul	158	60	52	3	-	-	451	183	132	16	2	6	1063
Ago	192	44	45	6	-	-	466	169	140	19	-	2	1083
Set	161	57	42	4	2	-	409	154	147	16	-	2	994
Out	194	51	42	5	-	1	368	137	162	16	2	7	985
Nov	160	44	56	5	-	-	370	121	118	8	-	-	882
Dez	134	41	49	4	1	1	318	88	138	10	2	6	792
Total	1880	569	610	43	8	3	4816	1876	1681	183	16	54	11739

Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

Tabela 2: Internações Hospital Divina Providência – 2007

Internações Hospital Divina Providência - 2007													
	Maiores de 18 anos			Menores de 18 anos			Maiores de 18 anos			Menores de 18 anos			TOTAL
	Cirúrgicos	Obstétricos	Clínica Médica	Cirúrgicos	Obstétricos	Clínica Médica	Semi-privativos Cirúrgicos	Semi-privativos Obstétricos	Semi-privativos Clínica Médica	Semi-privativos Cirúrgicos	Semi-privativos Obstétricos	Semi-privativos Clínica Médica	
Jan	126	52	69	10	1	-	374	132	124	18	-	8	914
Fev	98	39	56	6	1	1	240	104	130	4	-	4	683
Mar	156	53	52	4	-	-	397	155	151	18	5	6	997
Abr	153	37	41	2	-	-	420	162	135	9	4	-	963
Mai	161	44	57	4	2	-	422	172	160	14	2	-	1038
Jun	127	64	48	4	1	-	416	168	144	11	4	10	997
Jul	194	47	43	4	-	-	473	145	144	18	-	8	1076
Ago	149	44	50	4	-	-	442	152	144	8	-	2	995
Set	158	59	42	2	-	-	420	139	130	15	2	2	969
Out	198	48	37	2	1	-	445	135	161	25	-	10	1062
Nov	192	52	31	5	-	-	408	134	137	14	-	-	973
Dez	111	49	32	3	1	-	339	106	122	14	2	5	784
Total	1823	588	558	50	7	1	4796	1704	1682	168	19	55	11451

Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

O Hospital Divina Providência divide suas Unidades de Internações em Privativas e Semi-privativas. Nas unidades semi-privativas, é possível acomodar até três pacientes. Nas unidades privativas, as acomodações estão direcionadas para apenas um paciente, mas com condições de receber também um acompanhante durante a internação.

Considerando-se as internações de 2006 e 2007, é possível constatar que houve uma redução de internações em 2007 de aproximadamente 2,5%, no total de internações.

Agrupando as especialidades e categorias em relação aos maiores e menores de 18 anos, é possível representar graficamente a quantidade de internações, entre os anos de 2006 e 2007, conforme segue:

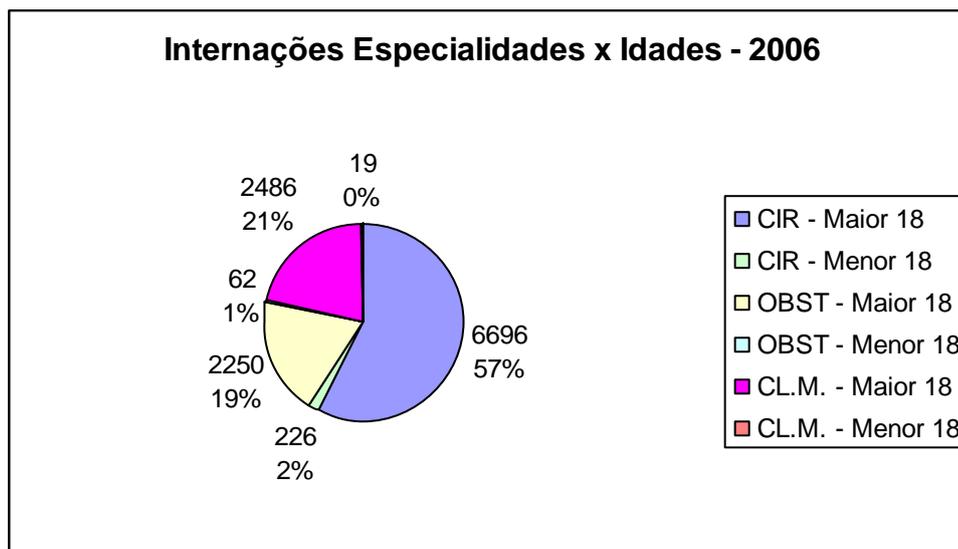


Figura 16: Internações por Especialidades x Idades – 2006  
 Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

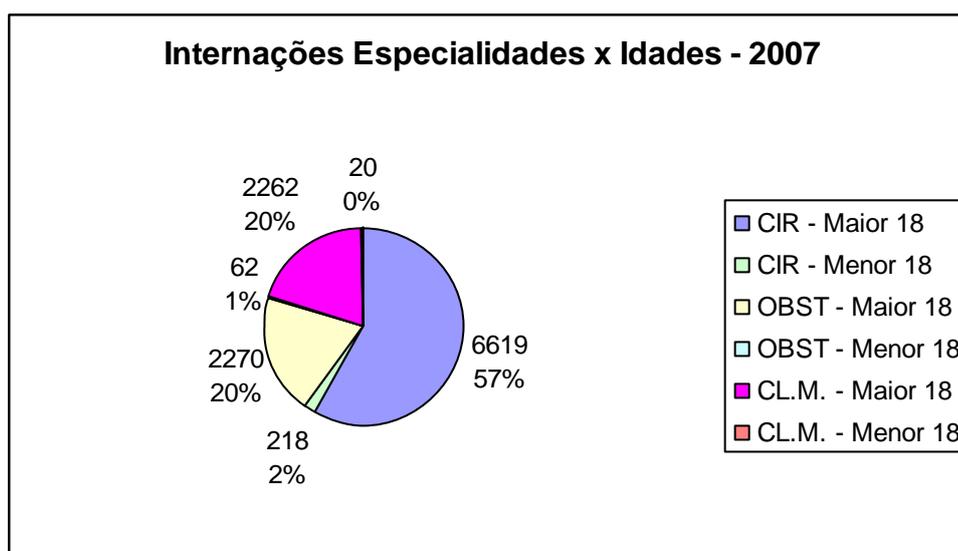


Figura 17: Internações por Especialidades x Idades – 2007  
 Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

Baseado nestas figuras comparativas acima citadas (figuras 16 e 17), o índice de participação dos menores de 18 anos corresponde em média 3% na totalidade de internações. Este índice, frente aos demais, permite perceber que o hospital não possui como público-alvo os menores de 18 anos, assim sendo, optou-se por não pesquisá-la.

Considerando a categoria de maiores de 18 anos, internados em apartamentos privativos e semi-privativos, nas especialidades de Obstetrícia

(OBST), Clínica Médica (CL.M.) e Cirúrgicos (CIR), foi possível construir o seguinte quadro comparativo:

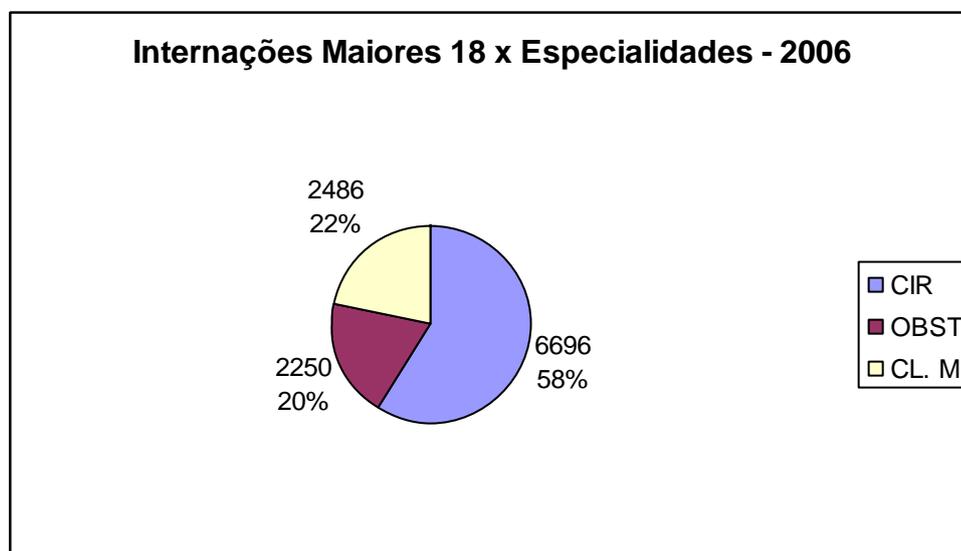


Figura 18: Internações por Especialidades x Idades – 2006  
 Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

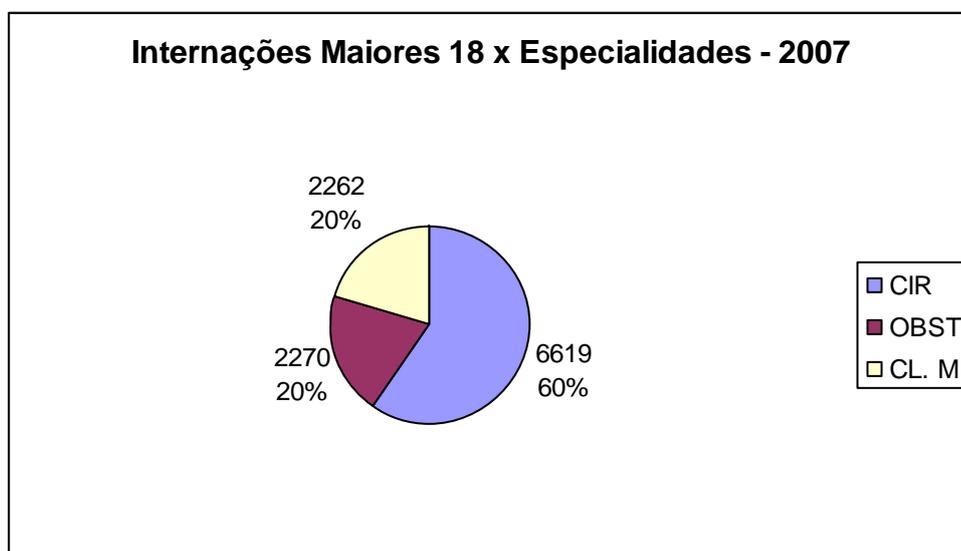


Figura 19: Internações Maiores de 18 anos x Especialidades – 2007  
 Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

Analisando as figuras 18 e 19, pode-se afirmar que a especialidade Obstetrícia aumentou 5% o número de internações, em relação a 2006. Porém, as especialidades Cirúrgica e Clínica Médica, tiveram suas internações reduzidas em 1% e 9% respectivamente, na mesma relação com 2006.

Pode-se perceber também que a especialidade Clínica Médica mostrou oscilação em número de internações. Além desta oscilação, os pacientes que estão

internados nesta especialidade, possuem algumas limitações. Segundo o corpo de enfermagem do Hospital Divina Providência, estes pacientes geralmente encontram-se sedados ou não possuem condições clínicas ou médicas de responder as perguntas do questionário. Por representar percentuais relevantes nas internações do hospital e contar com pacientes que geralmente possuem condições clínicas de responder as questões, optou-se por pesquisar os pacientes das especialidades de Obstetrícia e Cirúrgicos.

Estes pacientes estão representados nas figuras 20 e 21, identificados pela categoria de apartamento, nos anos de 2006 e 2007, respectivamente:

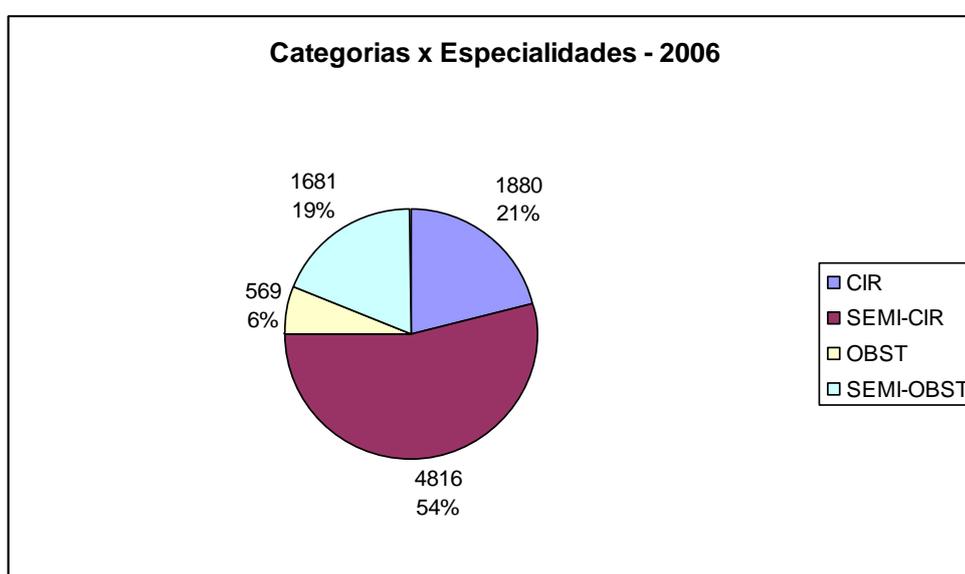


Figura 20: Internações por Especialidades x Idades – 2006  
 Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

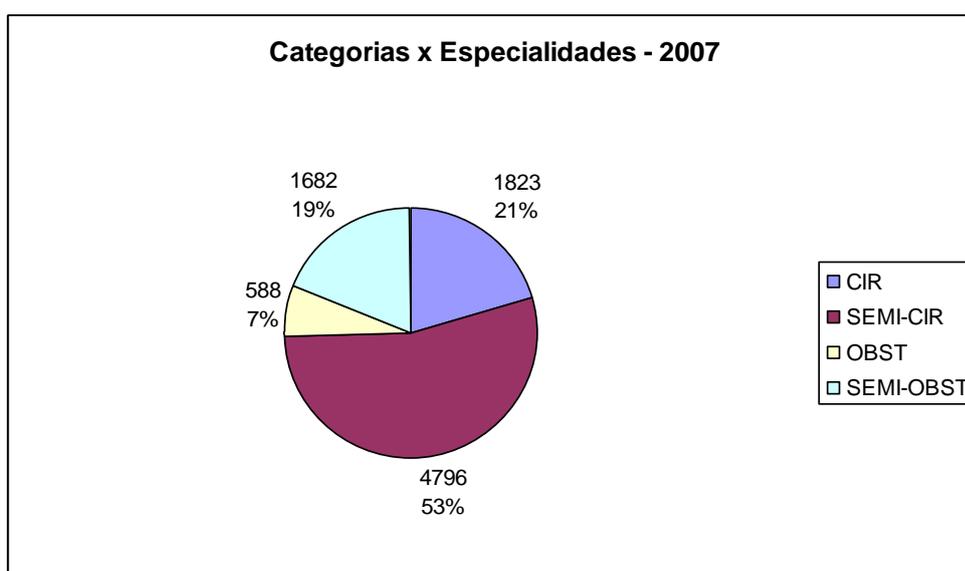


Figura 21: Categorias x Especialidades – 2007  
 Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

Através das figura 20 e 21, é possível constatar que a categoria semi-privativa de ambas especialidades representa índices significativos da quantidade de internações do Hospital Divina Providência. Porém, na apresentação do projeto de pesquisa à direção do hospital, percebeu-se uma preocupação maior em gerir seus aspectos de hotelaria hospitalar prioritariamente nos apartamentos privados, entendendo assim as manifestações deste público. Desta forma, atendendo às expectativas da instituição objeto desta pesquisa, optou-se por pesquisar apenas as especialidades de Obstetrícia e Cirúrgicos, na categoria privativo.

Faz-se importante analisar o comportamento da demanda destes pacientes durante os anos de 2006 e 2007. Para isto, as incidências de internações foram dispostas na figura 22:

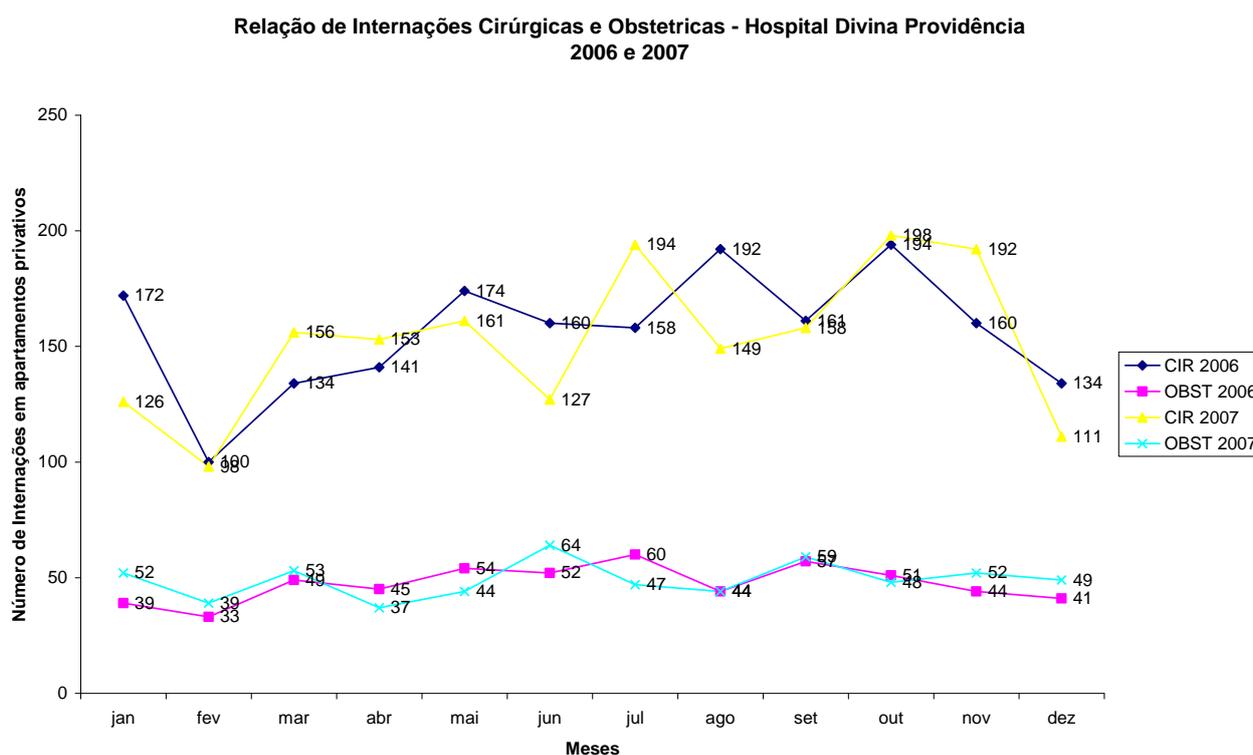


Figura 22: Internações Cirúrgicas e Obstétricas – 2006 e 2007  
Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospital Divina Providência – jan/2008

A partir da análise da figura 22, é possível perceber que o Hospital Divina Providência apresenta algumas características, tais como: a) o perfil do paciente é relativamente constante e semelhante ao longo do ano; e b) não existe uma relação entre o período do ano e a incidência de doença, percebendo que existe uma constante de internações, principalmente na especialidade obstetrícia. Pode-se

confirmar estas afirmações observando a evolução do número de internações em apartamentos privativos durante os anos de 2006 e 2007, conforme a figura 22.

#### **2.2.4. Questionários com os usuários**

Para Malhotra (2001, p. 106), a pesquisa exploratória “raramente envolve questionários estruturados, grandes amostras e planos de amostragem por probabilidade”. O objetivo destes questionários é conhecer opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas pelos usuários (GIL, 1999).

Os usuários que responderam os questionários foram os pacientes de convênios e particulares, em condições clínicas de responder e seus respectivos acompanhantes. Foram elaborados dois tipos de questionários (anexos A e B): um para o paciente e outro para seu acompanhante, devido aos diferentes graus de necessidades de cada um (BOEGER, 2003).

Malhotra (2005, p.227) cita que “um questionário garante a padronização e a comparação de dados entre os entrevistadores, aumenta a velocidade e a precisão de registros e facilita o processamento de dados”.

Para a análise das respostas dos questionários dos usuários, foi utilizado o programa SPSS. Neste programa, foram dispostas as questões relativas a estrutura e a ao atendimento para pacientes e acompanhantes, atribuindo-se valores às variáveis contínuas e categóricas. A tabela 3 dispõe as variáveis relativas ao questionário respondido pelos pacientes.

Tabela 3 - Disposição das variáveis (pacientes)

<b>Variáveis =&gt;</b>	<b>Tipo</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>17a</b>	
<b>Estrutura</b>														
Sempre = 5 Quase Sempre = 4 Às Vezes = 3 Quase Nunca = 2 Nunca = 1	Contínua			X		X						X		X
Muito Bom = 5 Bom = 4 Indiferente = 3 Ruim = 2 Muito Ruim = 1	Contínua	X						X	X					
Sim = 1 Não = 2 Não Procurei* = 3	Categórica		X		X								X	
<b>Atendimento</b>														
Sempre = 5 Quase Sempre = 4 Às Vezes = 3 Quase Nunca = 2 Nunca = 1	Contínua			X		X	X					X		X
Muito Bom = 5 Bom = 4 Indiferente = 3 Ruim = 2 Muito Ruim = 1	Contínua	X								X				
Sim = 1 Não = 2 Não Procurei* = 3	Categórica		X										X	

Fonte: o autor, 2008.

As questões de 1 a 6 são relativas ao perfil do pesquisado. No item “não procurei” foi considerado apenas na questão número 10 do questionário. As demais variáveis (8 e 17), foi considerado apenas as categorias “sim” e “não”. Às variáveis contínuas foram atribuídos valores de 1 a 5, considerando o grau 1 para o item mais baixo e 5 para o mais alto.

A questão 18 do questionário dos pacientes foi analisada utilizando a estatística descritiva, pois segundo Martinez e Ferreira (2007, p.14) esta “consiste no recolhimento, organização, análise e interpretação de dados empíricos, [...] que visam a mera descrição de uma realidade”.

As questões 19 e 20 do mesmo questionário foram consideradas variáveis dependentes e tem como variáveis explicativas (ou independentes) as questões 09, 11, 13, 14, 15 e 16.

O questionário respondido pelos acompanhantes pode ser visualizado na tabela 4.

Tabela 4 - Disposição das variáveis (acompanhantes)

Variáveis	Tipo	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17a	18	19
Sempre = 5 Quase Sempre = 4 Às Vezes = 3 Quase Nunca = 2 Nunca = 1 Não fiz refeições no hospital = 0*	Contínua				X		X					X		X		
Muito Bom = 5 Bom = 4 Indiferente = 3 Ruim = 2 Muito Ruim = 1	Contínua		X	X					X	X						
Sim = 1 Não = 2 Não Procurei** = 3	Catagórica					X							X		X	X
Sempre = 5 Quase Sempre = 4 Às Vezes = 3 Quase Nunca = 2 Nunca = 1 Não fiz refeições no hospital = 0*	Contínua				X		X	X				X		X		
Muito Bom = 5 Bom = 4 Indiferente = 3 Ruim = 2 Muito Ruim = 1	Contínua		X								X					
Sim = 1 Não = 2 Não Procurei** = 3	Catagórica	X		X									X		X	X

Fonte: o autor, 2008

Foi atribuído grau 0 (zero) ao item “não fiz refeições no hospital”, para não somar nas análises utilizadas pelo programa SPSS e também para que seja computado no número geral de acompanhantes que responderam o questionário. Este item foi adotado apenas nas questões 11 e 12. As questões 18 e 19 foram classificadas como variáveis categóricas e analisadas no item 3.4.

## 2.4 Etapas dos procedimentos metodológicos.

Os procedimentos metodológicos obedeceram as seguintes etapas:

Ação	Coleta de dados																			
	Dez/07				Jan/08				Fev/08				Mar/08				Abr/08			
Pesquisa documental																				
Observação direta hospedagem																				
Observação direta SND.																				
Observação direta internação.																				
Observação direta enfermagem.																				
Aplicação de piloto																				
Entrevista com gestores																				
Aplicação dos questionários																				
Análise dos dados																				

Figura 23: Etapas do procedimento metodológico  
Fonte: o autor, 2008.

A primeira parte deste trabalho foi com a aplicação de um teste piloto, na última semana de dezembro de 2007. Foram identificados dois hospitais para a aplicação do questionário piloto, pois acredita-se que o perfil dos pacientes seja semelhante. Os hospitais foram: a) Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul; e b) Mãe de Deus, ambos em Porto Alegre/RS. O piloto foi aplicado no Instituto de Cardiologia, pois somente este consentiu a aplicação do questionário piloto. Após as devidas correções no questionário, foram impressos 219 unidades, sendo 121 questionários aplicados aos pacientes e 98 para os acompanhantes. Não houve identificação dos pacientes internados no período de pesquisa de demanda e nem nas entrevistas.

As observações diretas ocorreram nos setores de hospedagem, nutrição e dietética, internação e enfermagem. Nos setores de hospedagem e nutrição e dietética, foram analisadas as condições de estrutura e atendimento, conforme ampliada anteriormente. Nestes últimos, foram observados apenas os aspectos de atendimento, também ampliados no item 2.2.1 deste capítulo. O período de observação direta nos setores identificados ocorreu entre a última semana de janeiro e a primeira de fevereiro.

Os gestores de área e a direção do Hospital Divina Providência foram entrevistados na segunda e na terceira semana de fevereiro, mediante agendamento de horário, para não interferir nas atividades profissionais. O tempo previsto para cada entrevista individual foi aproximadamente 90 minutos.

Durante os meses de janeiro e fevereiro, foram aplicados os questionários com os usuários. Os questionários foram aplicados aos pacientes e acompanhantes após a primeira diária no hospital. O pesquisador apresentava o objetivo do trabalho, informava a quantidade de perguntas a serem respondidas, explicava que o questionário era de múltipla escolha e que não haveria necessidade de justificar a resposta, apenas escolher uma que condizia com sua percepção. Em alguns casos onde era necessário repetir a pergunta ou as alternativas de resposta, o que era prontamente realizado, independente da quantidade de vezes que fosse necessário. Os acompanhantes respondiam seus respectivos questionários após o paciente, quando presentes na unidade de internação.

A análise dos dados coletados foi realizada entre a terceira semana de fevereiro até a última semana de abril de 2008.

### **3. ANÁLISE DOS DADOS**

Neste capítulo, foram abordados: a) a caracterização da organização; b) os setores que estão diretamente relacionados com os serviços de hotelaria; c) as condições de estrutura destes setores; e d) os investimentos em hotelaria hospitalar realizados pelos gestores do hospital.

#### **3.1. Caracterização da Organização**

O Hospital Divina Providência foi inaugurado no dia 31 de maio de 1969, através do esforço e determinação das irmãs da Congregação da Divina Providência. Localizado na Rua da Gruta, nº 145, na divisa entre os bairros Glória e Cascata, o Hospital Divina Providência conta com uma área total de 220.650 m<sup>2</sup>, dos quais, 19.995 m<sup>2</sup> são de área construída.

Atualmente o Hospital tem capacidade de 165 leitos/dia, distribuídos em 3 unidades de internação, são eles: obstetrícia, clínica médica e procedimentos cirúrgicos. No universo de 165 leitos, 49 são privativos, correspondendo a 30% da capacidade de hospedagem do hospital, estando concentrados entre o 4º e o 6º andar. Preferencialmente, o quarto andar é destinado as puérperas, mas não há impedimento de haver internações para pacientes com situações clínicas ou oriundas de procedimentos cirúrgicos neste andar. Outra característica deste andar é que se internam apenas mulheres, sendo que não há nenhum técnico de enfermagem do sexo masculino. O hospital batizou o andar como “andar feminino”. No quinto e no sexto andar, ficam concentrados estes últimos pacientes e diferentemente do quarto andar, não atende as pacientes da maternidade. O hospital considera pacientes clínicos, aqueles que possuem enfermidades que necessitam de cuidados médicos e exames mais complexos, das especialidades de oncologia, urologia, obesidade mórbida e cardiologia. Os pacientes cirúrgicos são aqueles que sofreram algum tipo de intervenção cirúrgica nas especialidades gástrica, plásticas, traumatologia, cardiologia, oncologia e urologia.

O Hospital Divina Providência oferece estrutura de cafeteria, farmácia, banca de revistas, terminal de auto-atendimento do Bradesco, prédio de estacionamento para 200 carros, auditório e capela.

A missão, os valores e princípios da organização estão diretamente relacionados com os princípios de humanização no atendimento de seus pacientes. A missão do HDP é “Promover a vida de forma humanizada, prestando assistência hospitalar qualificada, com responsabilidade social, em harmonia com o meio ambiente”. O hospital possui como Valores e Princípios: “Humanização, Ética, Fé Cristã, Organização, Responsabilidade Social, Responsabilidade Ecológica, Socialização do conhecimento e Solidariedade”. O hospital busca até 2012, “ser o hospital de referência em atendimento humanizado, valorizando o relacionamento com o cliente, qualificando os profissionais, investindo em tecnologia e ampliando a área de atuação geográfica”.

A Organização firmou parcerias com entidades e empresas para consultas, exames, procedimentos e internações, sendo elas:

AFM	DANAMED	PATER
AGF Seguros	DOCTOR CLIN	PETROBRAS
AMIL	EMBRATEL	BRASILEIRO
BANCO CENTRAL	FASSINCRA	PETROBRAS
BLUE	FUNCEF	DISTRIBUIDORA
LIFE/SERVITAL	FUSEX	PETROQUÍMICA
BRADESCO	GAMA	TRIUNFO
CABERGS	GEAP	POA CL
CABESP	GERASUL	PORTO SEGURO
CANOASPREV	GKN	PROASA
CAPESAUDE	GOLDEN CROSS	SAS CAAL
CASSI	HOLUS	SAS RENNEN
CENTRAL CARLOS	ICOTRON	SAS VONPAR
CHAGAS	INNOVA	SAÚDE PAS
CENTRAL DE	IPAG	SENER SAÚDE
LEITOS	IPÊ	SERPO
CENTRO CLÍNICO	MAXI SAÚDE	SESEF
GAÚCHO	MEDIAL SAÚDE	SULMED
CLINICAL	MEDISERVICE	UNIMED
COEMSA	MULTICLÍNICA	
COPELUS	NOTRE DAME	

O Hospital Divina Providência solicita que os clientes ou funcionários destes convênios e parcerias consultem quais os serviços estão cobertos pelo plano, com o objetivo de atender seus clientes com melhor qualidade, conforto e bem-estar.

### **3.2 Setores diretamente relacionados com serviços de hotelaria**

Os hospitais ainda tentam abandonar a imagem de ambientes frios, insensíveis, e a aproximação dos serviços de hotelaria permite que haja mais humanização do ambiente hospitalar, transformando-o de um ambiente de doença para um ambiente de saúde (Godói, 2004; Taraboulsi, 2004). Taraboulsi (2004) considera que o grande destaque da hotelaria nos ambientes hospitalares está na prestação de serviços eficientes, na utilização de cores suaves e alegres nas paredes das unidades de internação, nas plantas e jardins bem cuidados, mas principalmente em pessoas entusiasmadas que interagem com os clientes de saúde. Um hospital deve estar atento a estes detalhes, utilizando como ferramenta os serviços de hotelaria. Para tal, há que se ter prudência em relacionar serviços de hotelaria com um hospital, e também nos impactos que estes serviços podem trazer aos procedimentos operacionais do hospital. Os serviços de hotelaria clássica devem ser adaptados dentro do hospital, principalmente pelos setores considerados de apoio.

No Hospital Divina Providência, os setores de apoio que podem ser considerados como diretamente relacionados com os serviços de hotelaria são: a) serviço de nutrição e dietética; b) higienização; c) internação; e d) enfermagem.

#### **3.2.1 Serviço de Nutrição e Dietética (SND)**

O serviço de nutrição e dietética é o setor responsável pela alimentação e dietas dos pacientes e acompanhantes do hospital. É considerado um setor importante dentro da estrutura hospitalar, pois serve como apoio às atividades assistenciais e o restabelecimento dos pacientes. Diferentemente do setor de alimentos e bebidas (A&B) de um hotel, os “clientes” do SND são atendidos na própria unidade de internação. Dependendo da estrutura do hospital, muitas vezes os acompanhantes dos pacientes também são obrigados a fazer suas refeições na unidade de internação, em função do hospital não possuir um espaço gastronômico. Situações como estas, vão contra um dos pilares da hospitalidade: o acolhimento.

A alimentação é uma forma de acolher. Castelli (2005, p.5 *apud* Carneiro, 2003, p.2) cita que “o que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come, como se come e com quem se come”. Percebe-se no Hospital Divina

Providência que há uma dicotomia no setor de nutrição e dietética: os pacientes consideram-se acolhidos pela alimentação, mas grande parte de seus acompanhantes não.

Os pacientes com alimentação por via oral liberada recebem a visita de uma nutricionista. A nutricionista tem um papel relevante no processo de restabelecimento dos pacientes, pois seus conhecimentos técnicos a respeito das propriedades nutricionais dos alimentos, associado com as preferências alimentares dos pacientes, indica como deverá estar montado o cardápio. As preferências alimentares são conhecidas através de uma entrevista, chamada tecnicamente de anamnese<sup>15</sup>. Nesta entrevista, a nutricionista procura se familiarizar com os hábitos e dogmas alimentares dos pacientes e, assim, selecionar os alimentos conforme suas preferências e restrições médicas. Diariamente, o setor de nutrição e dietética elabora cardápios com variações de legumes, verduras e carnes. Tanto na parte da manhã, quanto à tarde, as nutricionistas realizam visitas para informar o cardápio e saber o que o paciente deseja comer. Caso o paciente não tenha se agrado de nenhuma opção, as nutricionistas perguntam se ele quer comer algo diferente. Dependendo do pedido, é efetuado e levado ao apartamento do paciente. Esta ação mostra que há uma preocupação de acolhimento e humanização por parte deste setor, pois a vontade do paciente é considerada. Percebe-se que há todo um esforço para satisfazer os pacientes, ratificando a importância do “o que comer” citado por Castelli. Por outro lado, a apresentação da refeição deixa a desejar, pois está diretamente relacionada à temperatura do alimento. As refeições são servidas em pratos térmicos de inox, com separações no estilo “bandeirão”. As refeições são distribuídas pelas copas dos andares. Em cada copa há um elevador (estilo ‘monta-carga’), onde são acondicionados os pratos térmicos que são servidos na linha de montagem. Ao retirar o prato térmico do elevador, a atendente de nutrição coloca-o em um carrinho-estufa, que mantém a temperatura interna na faixa dos 80° C. Segundo a Coordenadora do SND, esta temperatura é considerada segura, impedindo contaminação alimentar que geralmente acontece quando o alimento fica

---

<sup>15</sup> A anamnese ( do grego aná = trazer de novo e mnesis = memória) é a parte mais importante da medicina pois envolve o núcleo da relação médico-paciente, onde se apoia a parte principal do trabalho médico; além disso preserva o lado humano da medicina e orienta de forma correta o plano diagnóstico e terapêutico. A anamnese, em síntese, é uma entrevista que tem por objetivo trazer de volta à mente todos os fatos relativos ao doente e à doença. Não é, no entanto, o simples registro de uma conversa. É mais que isto: é o resultado de uma conversação com um objetivo explícito, conduzido pelo médico e cujo conteúdo foi elaborado criticamente por ele.

disponível em <http://pegasus.fmrp.usp.br/educacao/semiologia/anamnese.htm>

com a temperatura na faixa dos 60°C ou menos. Em média, as refeições dos pacientes são servidas na temperatura de 80°C.

Outro fator relevante no Hospital Divina Providência é relativo ao “quando se come”. Diferentemente de alguns hospitais, as refeições são servidas em horários “domésticos”. Este comentário foi trazido por um paciente, que informou ter se internado em outros hospitais, sendo que inclusive nos primeiros dias estranhou a “comida se atrasar”. O almoço é servido ao meio dia e a janta a partir das 18h30. Esta característica atende ao princípio da humanização, pois procura não mudar os horários das refeições dos pacientes, respeitando-os.

A mobília destinada para a realização das refeições pelos pacientes é apropriada, pois alguns pacientes estão impossibilitados de locomover-se, precisando fazer suas refeições na cama. Para isto, a mesa é ajustável ao tamanho desejado pelo paciente. Os que conseguem sair da cama, podem optar por uma mesa pequena, em condições de atender duas pessoas simultaneamente. Assim, pode-se considerar que o “onde comer” na unidade de internação é plenamente satisfatória.

A questão do “com quem se come” gerou divisão de opinião, na parte dos acompanhantes. Assim como fazem com os pacientes, as nutricionistas também perguntam aos acompanhantes se eles farão a refeição juntamente com o paciente. Diferentemente dos pacientes, os acompanhantes possuem apenas duas opções de cardápio e devem optar por uma delas. Como muitos planos de saúde não cobrem as refeições dos acompanhantes, e para evitar que haja circulação de dinheiro no hospital, os acompanhantes compram *tickets* de alimentação no setor de internação, entregando às atendedoras de nutrição no fornecimento da refeição. Entretanto, alguns acompanhantes preferem não consumir as refeições do hospital e partem para outras alternativas. Este é o ponto de divisão, pois existem apenas duas alternativas gastronômicas: uma cafeteria e o restaurante da gruta. A cafeteria fica no andar térreo, ao final do corredor. A qualidade dos lanches é satisfatória, porém o tamanho é pequeno e o preço elevado se comparado com outros estabelecimentos que servem lanches de qualidade semelhantes, porém fora do hospital. Outro ponto que os acompanhantes reclamam é quanto ao horário, porque a cafeteria fecha às 23h durante a semana e às 21h nos finais de semana, além da falta de variedades de lanches. Já o restaurante da gruta fica na área externa do hospital e atende apenas lanches pela manhã e pela tarde, além de almoço. Pode-se perceber que a

comida é de boa qualidade, e o cliente pode optar pelo buffet ou por *a la minuta*. O valor do buffet é de R\$ 7,00 e a *a la minuta* R\$ 8,00. Aos finais de semana o valor do buffet é de R\$ 9,00 e assim como a cafeteria, aceita-se cartões de crédito e de débito.

Partindo do conceito de Vides (2007, p.35) na qual “o serviço de nutrição e dietética deve estar disponível em todos os momentos que os clientes necessitarem [...]. Estar disponível é uma forma de acolher”, foi possível perceber que mesmo sem ter estrutura de atendimento 24h na parte gastronômica, os acompanhantes dos pacientes ainda percebem situações de acolhimento. Este acolhimento ficou evidenciado quando os acompanhantes citaram que, mesmo sem ter condições de atender aos pedidos, os funcionários do hospital procuravam de uma forma ou outra, buscar alternativas para satisfazer aos acompanhantes. A falta de outras opções gastronômicas é um ponto que deixa a desejar no Hospital Divina Providência, devido a localização do hospital. Ainda assim, caso o acompanhante opte por não utilizar nenhuma das alternativas existentes, ainda restará o serviço de tele-entrega. Porém, nem todas as empresas prestadoras deste serviço disponibilizam entregas no bairro do hospital, seja pela distância, seja pela segurança do entregador.

### **3.2.2 Higienização**

A hospitalidade manifesta-se também em ambientes limpos e higienizados. Esta afirmação é percebida em qualquer meio de hospedagem, desde um albergue, passando por hotéis e hospitais, até os mais suntuosos hotéis de luxo. Em todos eles, é possível verificar a existência de um setor chamado governança. Neste item, serão analisados os atributos do setor de governança nos ambientes de hotelaria existentes na literatura, em comparação com os existentes no Hospital Divina Providência.

Castelli (2003, p. 205) cita que a governança em ambiente hoteleiro “é o departamento que se ocupa basicamente com a arrumação dos apartamentos, com a lavanderia/rouparia e com a limpeza geral”. Embora seja um conceito generalista, trata-se de uma definição objetiva da principal missão do setor: manter as instalações do ambiente hoteleiro limpas e organizadas, independente de porte, público-alvo ou número de unidades habitacionais. O setor de lavanderia/rouparia,

possui a responsabilidade de apoio para a arrumação dos apartamentos, pois seus processos de lavagem de enxoval (lençóis, toalhas, etc.) interferem no planejamento e organização do serviço de governança. Esta interferência baseia-se na entrega de roupas de cama e banho para os depósitos de andares<sup>16</sup> e a conseqüente arrumação dos apartamentos pelas camareiras. As camareiras realizam dois tipos de trabalho nas unidades habitacionais: a) arrumação diária; e b) saída de hóspede. Na arrumação diária, a camareira realiza a organização do apartamento, retirada de lixo, limpeza de banheiro, arrumação de cama e troca de lençóis e toalhas, quando solicitado pelo hóspede. Atualmente, alguns hotéis fixam informações sobre a troca de toalhas e enxoval, estabelecendo códigos com seus respectivos hóspedes. Como exemplo, quando um hóspede deixar a toalha de banho no chão, a camareira entenderá que deverá fazer a substituição desta toalha por outra. Caso o hóspede estenda sua toalha nos porta-toalhas existentes nos banheiros dos apartamentos, não haverá reposição. Este processo é rentável tanto para o hotel (que aumentará a vida útil do enxoval com uma lavagem a menos e não gastará com produtos químicos, além de outras vantagens) quanto ao meio ambiente, que receberá menos produtos químicos nos rios e arroios. Para a troca de lençóis, alguns hotéis colocam mensagens informando que se o hóspede desejar trocar os lençóis diariamente, basta desarrumar a cama, retirando o lençol de baixo. Caso contrário, os hotéis costumam trocar os lençóis a cada três diárias. Já a saída de hóspede requer um processo de maior complexidade da parte da camareira. Na saída do hóspede, o apartamento deverá receber uma limpeza completa, com aspiração (nos casos de carpete na unidade habitacional) ou limpeza do piso, revisão dos equipamentos (ar condicionado, televisão, mini-bar, etc) e sistema elétrico do apartamento (lâmpadas queimadas, voltagem identificada nas tomadas), limpeza de vidros e espelhos, retirada de pó e aplicação de produtos com característica de brilho na mobília, limpeza geral do banheiro, colocação de aromatizantes no apartamento. Todo este processo tem como finalidade a percepção do hóspede de que seu apartamento está limpo e higienizado.

A limpeza geral está relacionada aos ambientes sociais, de serviço e externos. Considera-se ambientes sociais o *lobby* (sala de estar) da recepção, o piso do restaurante, os banheiros sociais, as áreas existentes de lazer e entretenimento

---

<sup>16</sup> Em hotelaria, os depósitos de andares são chamados de “copinhas” ou rouparia de andar.

(sauna, piscinas, academias, etc), as salas de eventos, enfim, todas as áreas as quais os hóspedes ou clientes externos poderão circular dentro do ambiente hoteleiro. Os ambientes de serviço são aqueles onde circulam o corpo de funcionários do hotel, os vestiários, corredores, escadas de serviço e escritórios do hotel. Por fim, os ambientes externos são os cuidados com a jardinagem, condições das bandeiras, sinalização externa dentro do hotel e a limpeza diária da calçada e vias dentro do empreendimento hoteleiro.

Segundo Taraboulsi (2004, p. 129), um hotel “oferece serviços que visam tornar a estada de seus hóspedes o mais agradável possível, afinal, sua missão é alojá-los”. O setor de governança de um hotel tem papel fundamental para garantir aos hóspedes condições de conforto, bem-estar e acolhimento durante sua hospedagem.

Assim com a governança de hotel, este setor em ambiente hospitalar também possui como missão disponibilizar as mesmas condições de conforto, bem-estar e acolhimento aos clientes de saúde, porém com mais complexidades. Diferentemente do ambiente hoteleiro, o público-alvo de um hospital está fragilizado por alguma enfermidade, podendo ser vítima de infecções oportunistas. Conforme Boeger (2005, p. 71), cabe ao setor de governança de um hospital a responsabilidade operacional de: a) limpeza das unidades de internação e áreas restritas; b) limpeza das áreas sociais; c) destinação de resíduos infectantes; d) circulação de material perfurocortante; d) uniformes; e) lavanderia; e f) costura e rouparia. Neste item, serão analisadas apenas as limpezas das unidades de internação e das áreas sociais, por estarem diretamente relacionadas às questões de hotelaria hospitalar.

No Hospital Divina Providência, as unidades de internação dividem-se em privativas e semi-privativas. As unidades de internação do tipo privativa, recebem apenas um paciente, dispendo de privacidade para si e seus familiares. As unidades semi-privativas comportam de dois a três leitos e são maiores em espaço físico que os privativos, porém, os pacientes não desfrutam de privacidade e os horários de visita geralmente são restritos.

As higienistas são as responsáveis pela limpeza e higienização das unidades de internação, além das áreas restritas. Assim como no ambiente hoteleiro, também existem os depósitos de andares no Hospital Divina Providência. Neste depósito são armazenados os produtos de limpeza, os materiais descartáveis como

papel higiênico e papel toalha, materiais para limpeza como baldes, vassouras, esponjas e panos, além do enxoval do andar.

As limpezas das unidades de internação são classificadas como: a) concorrente; e b) terminal (Boeger, 2005; Taraboulsi, 2004). No hospital, percebeu-se que também é utilizada esta terminologia. A limpeza concorrente é a limpeza realizada diariamente, com as higienistas seguindo a seguinte ordem: a) bater na porta e dar bom dia; b) limpeza das superfícies mais limpas (mesas, criado mudo, minibar); c) tirar o pó do telefone com pano úmido em álcool; d) tirar o pó das poltronas e cadeiras, não usando álcool; e) tirar o pó do suporte de soro; f) limpar os parapeitos das janelas; g) limpar as escadinhas; h) limpar o chão com água e sabão, enxaguar e após o enxágüe, passar desinfetante no chão; e i) repor sabonete e papel toalha. Os apartamentos privativos possuem sacadas, as quais também são limpas obedecendo a seguinte ordem: a) tirar o pó do parapeito das janelas e área; b) limpar o chão com água e sabão; e c) enxaguar.

A limpeza concorrente do banheiro do apartamento é realizado da seguinte maneira: a) tirar os resíduos; b) lavar a pia; c) limpar o espelho; d) limpar o interruptor de luz; e) limpar a porta e a maçaneta; d) secar o box quando molhado; e) lavar o vaso; f) repor papéis e sabonete; e g) limpar o chão.

A limpeza terminal é realizada quando um paciente tem alta médica e hospitalar e consiste em: a) limpar as sacadas, tirando o pó dos parapeitos das janelas e sacadas, limpar o chão com água e sabão (quando tiver ralos, lavá-los com água, sabão e hipoclorito), tirar as teias de aranha com rodo e pano limpo (não usar pano de chão); b) limpar o minibar e quando necessário descongelá-lo; c) limpar primeiro os móveis mais limpos, em seqüência os mais sujos. Os itens a serem higienizados são: c<sub>1</sub>) mesinha; c<sub>2</sub>) criado mudo; c<sub>3</sub>) cadeiras e poltronas; c<sub>4</sub>) sofá; c<sub>5</sub>) retirar o pó da cruz, quadros e tv; c<sub>6</sub>) roupeiro (interno e externo); c<sub>7</sub>) escadinhas (lavar com água e sabão); c<sub>8</sub>) colchão, travesseiros e cama; c<sub>9</sub>) limpar os vidros; c<sub>10</sub>) limpar as paredes; c<sub>11</sub>) limpar o telefone com álcool e pano úmido; e c<sub>12</sub>) escovar o chão quando necessário e aplicar cera. Nos casos de óbitos contaminados, é obrigatório o uso de hipoclorito na limpeza das paredes e escovação do chão, lavando inclusive as cortinas.

A limpeza terminal dos banheiros é feita na seguinte ordem: a) retirar os resíduos; b) lavar a pia, espelho e armarinho (quando tiver); c) limpar suporte de papel; d) limpar os exaustores; e) limpar os interruptores de luz; f) limpar as paredes;

g) escovar o box; h) limpar os ralos; i) retirar os tapetes e cortinas (se tiver); j) lavar as lixeiras, o vaso e limpar o chão; l) colocar papel higiênico e tarja na tampa do vaso; m) limpar saboneteira; n) limpar porta e maçaneta; e o) limpar o porta toalhas e espelho.

Os produtos utilizados nas limpezas e seus respectivos processos de uso podem ser identificados através da figura 24.

<b>PRODUTO</b>	<b>PROCESSO DE USO</b>
Hipoclorito de sódio (clorofina)	Pronto uso diluído a 1%
Detergente líquido neutro (sabão)	Diluir 1 litro de detergente líquido p/ 10 lts de água
Desinfetante	Pronto uso diluído a 1%
Drástica (removedor de ferrugem) Ácido Clorídrico ou Formoldeído	Pronto uso
Álcool 70%	Pronto uso
Lustra – móveis	Pronto uso
Saponáceo líquido com detergente	Pronto uso
Cera Vera Plus	Pronto uso

Figura 24: Produtos utilizados nas limpezas e diluições.  
Fonte: Setor de Higienização do Hospital Divina Providência

Diante do exposto, percebe-se que os procedimentos de limpeza são similares, diferenciando-se na utilização de produtos químicos mais concentrados no ambiente hospitalar, devido à preocupação com infecções. Outro fator a analisar é a interação com o cliente. Segundo Boeger (2005, p. 72), no ambiente hoteleiro “a limpeza dos apartamentos é sempre feita longe dos olhos do cliente, enquanto em um hospital, pela própria condição do paciente [...] a limpeza é feita na presença dele e [...] de seu acompanhante também”. Do ponto de vista hoteleiro, os serviços devem ser executados de maneira imperceptível aos clientes, mas com resultados evidentes. O fato de uma camareira arrumar um apartamento na ausência do hóspede, não significa falta de acolhimento ou hospitalidade. Mesmo não estando em contato direto, a camareira pode disponibilizar situações de conforto e bem-estar ao hóspede, porém de maneira impessoal. Outro fator relevante no ambiente hoteleiro, é o constante cuidado com a privacidade dos hóspedes, motivo que justifica a arrumação do apartamento sem a sua presença. Em contrapartida, as higienistas interagem diretamente com os pacientes e acompanhantes (quando presentes no apartamento) nos processos de limpeza concorrente. Porém, diferentemente da camareira de hotel, a higienista não arruma a cama da unidade de internação, nem mesmo nas limpezas terminais. Durante sua internação e nas

limpezas terminais, as camas são arrumadas pelos funcionários de serviços gerais, que estão vinculados ao setor de enfermagem. Entretanto, a retirada do lixo, a troca das toalhas e a limpeza do piso para evitar infecções, são atribuições das higienistas.

O combate às infecções hospitalares é uma preocupação do Hospital Divina Providência. Segundo o corpo de enfermagem, o hospital possui índices próximos a zero, no que tange a infecção hospitalar. Parte deste mérito está diretamente vinculada ao setor de higienização. Na entrevista com a supervisora de higienização do Hospital Divina Providência, foi afirmado que “o importante é manter o padrão de qualidade de higienização, o qual eleva o Divina à condição de hospital sem índices de infecção hospitalar”. O padrão de qualidade do hospital foi avaliado durante este estudo, pois a higienização das unidades de internação foi considerada como uma das sub-variáveis de atendimento. Foi efetuada a seguinte pergunta aos pacientes: “em relação à limpeza do apartamento, você considera que está:”. Os pacientes tinham as seguintes alternativas para avaliar o setor de higienização: a) plenamente limpo; b) percebe-se que está limpo; c) indiferente; d) alguns aspectos deixam a desejar; e e) a limpeza é deficiente. Diante deste questionamento, aproximadamente 70% dos pacientes consideraram que suas unidades de internação estavam “plenamente limpas” e 25% constataram que “percebe-se que está limpa” a sua unidade de internação. No capítulo 3.5.2 este tema será ampliado, porém, faz-se necessário citá-los porque estes índices representam que o setor de higienização, nas unidades de internação tipo privativa, são satisfatórias, atendendo a sua finalidade. É possível afirmar que os pacientes percebem o grau de limpeza das instalações do hospital e que o setor de higienização contribui para que o hospital possua índices praticamente inexistentes de infecção hospitalar.

Assim sendo, a higienização como sub-variável de atendimento, foi considerada pelos pacientes como um fator importante de conforto e bem-estar, estando diretamente relacionada com os serviços de hotelaria do hospital.

### **3.2.3 Internação**

Existe um ditado popular pregando que “a primeira impressão é a que fica”. A maneira como se é recebido em um lugar, gera julgamentos, podendo estes ser favoráveis ou desfavoráveis conforme a percepção da pessoa (Marques, 2003).

Tanto em hotéis, quanto em hospitais, a recepção é o cenário de primeiro contato pessoal com o cliente, seja ele hóspede ou paciente, razão pela qual recebe elevado grau de responsabilidade na formação da primeira impressão (Godói, 2004; Marques, 2003). Faz-se necessário relatar que o setor de internação situa-se fisicamente na recepção de alguns hospitais. No Hospital Divina Providência, o setor de internação está no mesmo ambiente da recepção.

As internações podem ser de dois tipos: a) emergenciais; e b) eletivas. As internações emergenciais são aquelas em que o paciente é acometido de algum desconforto ou problema de saúde e é encaminhado de maneira emergencial para receber socorro médico. Este tipo de internação não ocorre no hospital Divina Providência, em razão deste não possuir uma unidade de emergência. Por este motivo, os atributos da internação emergencial não serão abordados neste trabalho. As internações eletivas são aquelas que são agendadas pelo paciente. Como principal atributo, os pacientes possuem o poder de escolha da instituição de saúde que lhe convier. As internações eletivas são agendadas por telefone ou pessoalmente, razão pela qual o hospital deverá ter um sistema de reservas de leitos. Neste item, serão analisados os atributos da recepção e de reservas de um ambiente hoteleiro, tendo como referência autores desta área e a comparação do ambiente de recepção, reservas e internação do Hospital Divina Providência.

Ismail (2004, p.255) cita que “quando alguém deseja acomodações em um hotel, sabe que tem que contatar o setor de reservas”. Com esta afirmação, o autor afirma que é necessário um prévio contato do cliente com o meio de hospedagem, com a finalidade de reservar uma unidade habitacional, por um determinado período, mediante o pagamento de diária. Através deste contato prévio, o meio de hospedagem se compromete a destinar uma unidade habitacional conforme as características e o período solicitados pelo cliente, evitando situações de não atendimento da demanda. As reservas podem ser efetuadas das seguintes maneiras: a) por um terceiro, que pode ser uma agência de viagem, operadora turística ou uma empresa, para seu funcionário; b) pelo próprio hóspede; e c) pelo coordenador de um grupo de mesmo interesse (nos casos de casamento de famílias, motociclistas, etc.). Durante a realização da reserva, deve ficar explícito a forma de pagamento, que pode ser direto na saída, ou faturado contra uma empresa. Nos casos de faturamento para empresas, o meio de hospedagem deverá solicitar um documento de autorização de faturamento, o qual deverá estar anexo a

fatura, como prova comprobatória da execução do serviço de hospedagem, conforme o artigo 8º, inciso I do Regulamento Geral dos Meios de Hospedagem, de 30 de março de 2005. Após reservar a unidade habitacional, o setor de reservas comunica o setor de recepção, para que este último possa realizar os procedimentos de pré-chegada do hóspede.

No ambiente hospitalar, o processo de internação tem início pela escala cirúrgica. O setor de marcação de cirurgias faz o agendamento do procedimento e informa para a Central de Autorização o horário do procedimento, o nome do paciente e o nome do médico. Com estas informações, a Central entra em contato com o paciente e informa a relação de documentos necessários para a internação e os itens que estão cobertos pelo convênio, nos casos que utilizam esta modalidade. O paciente pode trazer estes documentos solicitados com antecedência ou no momento da internação. Este procedimento de contato prévio com o paciente é chamado pelo hospital de “pré-check in”.

No ambiente hoteleiro, a recepção possui relevante importância devido ao contato direto com o hóspede. Para Castelli (2003, p.163), “o cliente é recebido pela recepção, mantém-se em permanente contato com ela durante sua estada e, ao partir, é a recepção que lhe presta os últimos serviços”. O ato de ser “recebido na recepção” consiste na chegada do hóspede, sendo realizado o procedimento de *check in* (entrada). Este procedimento de entrada é composto basicamente de: a) preenchimento da Ficha Nacional de Registro de Hóspedes (FNRH); b) designação da unidade habitacional reservada ao hóspede; c) entrega da chave da unidade habitacional (que pode ser ao mensageiro ou ao próprio hóspede, nos meios de hospedagem que não dispõem de mensageiros); e d) votos de boa estada. A agilidade deste procedimento pode ser considerada como um gesto de hospitalidade, pois geralmente os hóspedes chegam ao hotel cansados da viagem e buscam em sua unidade habitacional, momentos de relaxamento e revigoração. Para o hóspede, seu processo de entrada termina após o recebimento da chave, porém, para o recepcionista, o procedimento de entrada ainda reserva mais atividades de aspecto administrativo. O recepcionista deverá reunir o documento que gerou a reserva e a FNRH, conferir todos os dados dos dois documentos e arquivá-los na pasta do apartamento do hóspede.

O permanente contato da recepção com o hóspede mencionado por Castelli (2003) ocorre devido à localização estratégica e operacional da recepção de um

meio de hospedagem. Para Petrocchi (2002, p.120), a recepção “age como uma central operacional que promove o encontro e a harmonia entre os serviços de hospedagem e as necessidades de seus clientes”. Com esta citação, o autor cita que o ponto de referência do hóspede dentro do hotel é a recepção e que os serviços de hospedagem suprem a primeira necessidade do hóspede que é a de abrigo, considerando as demais necessidades como parte das atribuições da recepção. Estas atribuições são diretamente proporcionais aos serviços oferecidos, números de funcionários do hotel, tamanho do empreendimento hoteleiro e políticas organizacionais do meio de hospedagem. Entretanto, é possível relacionar algumas das atribuições da recepção durante a estada do hóspede: a) lançamento dos consumos dos pontos de venda; b) mudança de apartamento; c) empréstimo de objetos; d) fornecimento de saldo da conta do hóspede; e) informações sobre gastronomia, lazer e entretenimento; e f) reservas em restaurantes e companhias aéreas.

Assim como no ambiente hoteleiro, a recepção também é o primeiro ponto de contato pessoal entre o hospital e o paciente. Por esta razão, o ambiente torna-se uma potencial ferramenta para a construção de uma imagem de acolhimento e hospitalidade. Mostrar no ambiente de recepção hospitalar situações de organização, limpeza, utilizando cores alegres, mas que transmitam sensações de tranquilidade, contribuem para que, durante a espera do paciente para sua internação, sejam formadas impressões e expectativas positivas (Vides, 2007). O ambiente de recepção será descrito no item 3.3.3.

Segundo Godói (2004, p.109), a recepção

é a responsável pela internação do paciente, liberação de cirurgias e outros procedimentos diversos e fechamento de conta, mantendo um contato constante com o paciente ou seus familiares durante sua estada no hospital, servindo de elo [...] entre paciente, família, convênios médicos e demais setores que precisarão de numerosas informações e liberações da recepção e internação durante sua hospitalização.

No Hospital Divina Providência, a internação realiza estas atividades citadas por Godói (2004) junto a recepção. Conforme a Coordenadora de Atendimento do hospital, aproximadamente 95% das internações são eletivas e seguem o seguinte fluxo: a) consulta do “pré-*check in*” realizado pela Central de Autorizações; b) confirmação dos dados do paciente; c) verificação da autorização do convênio; d) esclarecimento sobre valores não cobertos; e) entrega da pasta com as normas e

procedimentos do hospital; e f) acompanhamento até o andar, nos casos em que o paciente aguardará o procedimento na unidade de internação.

Em cada andar, existe um posto administrativo, que auxilia o posto de enfermagem e o setor de internação. Neste posto administrativo, que está subordinado ao setor de enfermagem, o(a) secretário(a) administrativo: a) encaminha as solicitações de exames pelos médicos; b) reserva os leitos conforme os pedidos e as disponibilidades; c) faz a solicitação de manutenções; d) atendimento geral dos pacientes e acompanhantes; e) contatos telefônicos com os médicos, quando necessário; f) lançamento de necessidade de acompanhamento médico no prontuário do paciente; g) chamar o laboratório para coleta de material; e h) faz os pedidos dos materiais para a farmácia. Na prática, é possível afirmar que o posto administrativo de cada andar interage com o paciente e seus familiares, conforme a citação de Godói, pois é o responsável pelo atendimento e suporte de todas as necessidades que não sejam assistenciais ou médicas.

Outra função considerada relevante durante a estada do hóspede no ambiente hoteleiro é a Auditoria Hoteleira. Geralmente, a auditoria hoteleira é realizada no turno da noite, entre às 23h e às 7h do dia seguinte, razão pela qual é denominada auditoria noturna. Para Ismail (2004, p.106), a auditoria noturna “concilia as transações financeiras e outras atividades diárias do hotel”. Através desta citação, o autor considera que todos os consumos realizados nos setores de venda do hotel, como exemplo restaurante, bar, lavanderia, diárias entre outros, são minuciosamente conferidos de maneira que estejam lançados na unidade habitacional, com valores de somas e assinaturas corretas. Em alguns hotéis, os recepcionistas do turno da noite acumulam as atividades de recepção e auditoria, realizando o processo de auditoria na madrugada, pois a movimentação do hotel é menor (Ismail, 2004). A importância da auditoria noturna está na preparação da saída do hóspede, cabendo aos recepcionistas/auditoria verificarem os lançamentos, confrontando os documentos que geraram o lançamento, com o que está lançado no sistema de controle informatizado. Devem ser conferidos diariamente os seguintes itens: a) nome do hóspede no sistema e na FNRH; b) assinatura da FNRH (Ficha Nacional de Registro de Hóspedes) e nas notas de débito; c) forma de pagamento constante no sistema e documento da reserva; d) período da estada no sistema e no documento de reservas; e) valor da diária e tipo de unidade habitacional no sistema e no documento de reservas; f) coberturas de

faturamento; g) eventuais prorrogações de estada; h) quaisquer alterações na hospedagem do hóspede; e i) débitos lançados no sistema e constantes na pasta do apartamento do hóspede. Conforme mencionado anteriormente, para cada chegada de hóspede, armazena-se os documentos relativos a estada em uma pasta com o número do apartamento do hóspede. Este procedimento tem como objetivo organizar a documentação e a movimentação financeira diária dentro do hotel, permitindo que todos os lançamentos sejam conferidos em seqüência, eliminando erros de lançamentos em contas indevidas, facilitando os procedimentos de *check out* dos hóspedes. Pode existir, também, sistemas de controle manual, geralmente mais trabalhosos e que necessitam de mais mão-de-obra e espaço físico da recepção. Esta modalidade não será analisada, pois a auditoria do Hospital Divina Providência é informatizada, não sendo possível traçar comparações devido às características de cada um, além de não constituir o foco principal deste trabalho.

Assim como no ambiente hoteleiro, o Hospital Divina Providência também realiza auditoria hospitalar nas contas dos seus pacientes. A auditoria hospitalar é mais complexa que a hoteleira e usualmente é realizada em horário comercial. Os responsáveis por esta tarefa são os profissionais da área de internação, que devem ter formação em enfermagem, pois são necessários conhecimentos técnicos desta área para verificação de materiais utilizados ou esquecidos de lançar na conta do paciente. Os auditores hospitalares, diferentemente dos recepcionistas hoteleiros, não acumulam outras funções. A auditoria hospitalar tem como finalidade a revisão dos materiais que foram utilizados nos andares, a revisão do contrato com o convênio para posterior acerto. Como característica, a auditoria hospitalar é realizada apenas no final da conta, podendo ocorrer do paciente ter a alta hospitalar e a conta ser auditada e encerrada após sua saída. Apenas nos casos de pacientes particulares, ou com itens que não estejam cobertos pelo convênio, é que se mantém a auditoria da conta atualizada.

Os últimos serviços prestados pela recepção, conforme Castelli, são chamados de *check-out* ou saída de hóspede. É um processo que envolve diretamente o setor de governança e os mensageiros. O setor de governança está diretamente envolvido, pois é o momento de liberação da unidade habitacional. Geralmente, a recepção solicita à camareira que revise o apartamento, considerando: a) últimos consumos de mini-bar; b) verificação de objetos esquecidos pelo hóspede; c) condições gerais da unidade habitacional; e d)

presença de todos os itens do enxoval. Estas informações devem ser passadas rapidamente para a recepção, para o lançamento do mini-bar e também qualquer anormalidade encontrada ser conversado com o hóspede. Além destas informações, a unidade habitacional ficará a disposição do setor para o trabalho de arrumação tipo saída de hóspede. O mensageiro está diretamente envolvido, pois é o responsável de buscar as bagagens do hóspede, permanecendo junto a elas durante o processo de acerto da conta do hóspede. Após a liberação do hóspede pela recepção, o mensageiro coloca a bagagem no porta-malas do veículo, podendo este ser um táxi ou no que o hóspede indicar. A recepção é a responsável pela cobrança da conta junto ao hóspede, razão pela qual a auditoria noturna deve ter apurado todos os detalhes desta conta durante a estada, agilizando o processo de saída do cliente.

Diferentemente do ambiente hoteleiro, o processo de *check out* do paciente no ambiente hospitalar é mais complexo. Inicia pela própria terminologia, pois no hospital o processo de saída é usualmente chamado de alta. A alta pode ser de dois tipos: alta médica e alta hospitalar. A alta médica é a liberação do paciente pelo médico, não sendo mais necessário manter-se em observação no hospital. Preferencialmente, esta alta médica deve acontecer nas primeiras horas do dia, pois interferem diretamente na programação de trabalho dos setores de nutrição e dietética (produzirá refeições a mais), higienização (fará limpeza concorrente e depois terminal), enfermagem (solicitações e devoluções de medicamentos na farmácia) e na internação (programação de novas internações). Por esta razão, é necessária a colaboração dos médicos, compreendendo que também interfere nos processos hospitalares (Taraboulsi, 2004). A outra alta, chamada hospitalar, é a saída propriamente dita do hospital, com o respectivo acerto da conta. No Hospital Divina Providência existem 5 tipos de alta hospitalar: a) melhorada; b) por evasão do paciente; c) por óbito; d) a pedido do paciente; e e) por transferência.

A alta melhorada é a alta que o paciente deixa o hospital, recebendo a alta médica e por estar em boas condições clínicas que o permitem retornar para sua casa. A alta por evasão é quando o paciente foge do ambiente hospitalar, burlando a segurança. Nestes casos, o hospital deve ir à delegacia mais próxima e registrar um boletim de ocorrência, isentando-se de responsabilidade caso o paciente vá a óbito. A alta a pedido do paciente acontece quando há situações nas quais o paciente sente-se desconfortável com médico, enfermeiros ou ambiente hospitalar. Nestes

casos, o paciente assina um termo de responsabilidade, assumindo as conseqüências de seu ato. Finalizando, a alta por transferência é aquela que o hospital atendeu dentro de sua capacidade, mas precisa transferir o paciente para outro hospital com maior estrutura de atendimento do paciente. As altas que acontecem com mais freqüência no hospital são as por óbito, por condições clínicas (melhorada) e por transferência.

Diante do exposto, pode-se afirmar que existem similaridades entre os setores de recepção hoteleira e de internação hospitalar. Entretanto, os processos do setor de internação do hospital apresentam-se como mais complexos frente ao hoteleiro, principalmente pela característica do público-alvo de ambos. No ambiente hoteleiro, o hóspede pode desejar sair do hotel no momento que lhe for mais conveniente e sem comprometimento de seu estado de saúde. Entretanto, o mesmo não se pode afirmar do paciente, que necessita de uma avaliação clínica para ter condições de saída, em condições de segurança de seu estado de saúde.

Outro ponto relevante é a forma de pagamento de sua estada, pois enquanto no hotel o cliente pode acertar sua conta diretamente ou faturando as despesas para alguma empresa responsável, no hospital o paciente necessita de autorização do convênio para quaisquer procedimentos, exceto para as contas particulares.

### **3.2.4 Enfermagem**

Em ambiente hoteleiro, existem postos de enfermagem em hotéis e *resorts* de grande porte, geralmente nos locais mais afastados dos grandes centros. Estas enfermagens têm como objetivo prestar pequenos socorros, estando equipados com aparelhos capazes de atender apenas esta finalidade. Em contrapartida, o setor de enfermagem no ambiente hospitalar é peça fundamental para a assistência e cuidados com os pacientes.

Segundo Francisco, Paes da Silva e Luz (2007, p.64), a “enfermagem é uma das profissões mais jovens na área da saúde, ainda que uma das artes mais antigas, pois a vida exige mais cuidados, do que cura”. Com esta citação, os autores afirmam que os cuidados junto ao paciente são uma forma de hospitalidade, de acolhimento e que também os hospitais começam a preocupar-se em deixar de ser uma casa de doença, para tornar-se um ambiente de saúde, com outros fatores como bem-estar, conforto, segurança e principalmente humanização interferindo na cura.

Esta situação de humanização pode ser traduzida como “cordialidade, o sorriso, o toque no paciente, simpatia e principalmente, colocar-se a serviço, à disposição”, conforme afirma a coordenadora de enfermagem do Hospital Divina Providência. Partindo desta forma de humanização, o setor de enfermagem deste hospital busca uma diferenciação no seu atendimento, ainda citando a coordenação de enfermagem, “é preciso fazer com que o paciente se sinta diferenciado, que estamos preocupados com suas angústias, medos e inseguranças, mas principalmente que ele não se sinta como um número, ‘o paciente do apartamento x’, ou simplesmente mais um”. Esta afirmação ratifica o conceito de Francisco, Paes da Silva e Luz (2007, p.70) que consideram que “o cliente não quer ser visto só como doente [...], mas ao contrário, quer ser reconhecido como alguém que pensa, sente, tem vontade e interesse. Que além de estar ‘hospedado’ num hospital, também precisa de [...] cuidados”.

Esta situação do diferencial, do respeito ao paciente, pode ser percebido durante a aplicação dos questionários, pois vários pacientes registraram que os funcionários da enfermagem do hospital são atenciosos, carinhosos e educados. Outro ponto relevante identificado pelos pacientes e que confirma os adjetivos à equipe de enfermagem é que a cada troca de turno, o técnico que ficará responsável vai até o apartamento, se identifica e coloca-se à disposição do paciente para atendê-lo. A coordenação de enfermagem destacou como pontos fortes de sua área o “bom atendimento, cordialidade, satisfação dos funcionários no trabalho e qualidade no serviço”, assim sendo, ao analisar estes comentários dos pacientes, é possível concluir que os pacientes percebem estes pontos fortes durante sua internação.

Nesta relação entre enfermagem e paciente, assim como em outras também, o fator comunicação é importante, tanto a verbal quanto a não-verbal. Para Godói (2004, p.82), “na grande maioria dos casos é possível perceber claramente os equívocos que a comunicação pode causar”. Com esta citação, o autor está se referindo aos problemas que as percepções das pessoas na emissão e na recepção da mensagem podem gerar e também a importância de saber falar e saber portar-se. Por estar fragilizado em seus sentimentos, a percepção de um paciente é mais sensível a qualquer mal entendido. A comunicação não-verbal é tão ou mais importante que a verbal, estando o paciente mais atento à comunicação não-verbal. Este processo de observação é constante, sendo que o paciente consegue perceber

o modo de olhar, os gestos, a expressão facial e as de interesse. O prestador de serviço deve estar atento à forma como emprega as palavras e também às reações do seu corpo durante o processo de comunicação com o paciente.

A complexidade das atribuições do corpo de enfermagem no ambiente hospitalar exige de seus profissionais, além dos conhecimentos técnicos, sensibilidade para lidar com o ser humano. Francisco, Paes da Silva e Luz (2007, p.75) definem o enfermeiro como

aquele que é capaz de [...] examinar cada paciente entendendo que existem diferentes níveis de apreensão e compreensão da realidade: o que importa ao paciente (as necessidades percebidas por ele), a enfermagem (as necessidades percebidas por ela como importantes) e aos demais componentes da equipe de saúde (o que a instituição pode fazer, que condições possui para esse atendimento).

Foi possível constatar que o setor de enfermagem do Hospital Divina Providência possui esta compreensão bem definida, tanto da parte gerencial, quanto do quadro de funcionários. O setor importa-se com as necessidades e expectativas dos pacientes e de seus acompanhantes, prestando-lhes atendimento de qualidade. Esta qualidade foi mencionada por em média de 20% dos pacientes que responderam o questionário, considerando a qualidade dos serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem como fator de influência na escolha do hospital, ficando atrás apenas da influência do médico que atingiu o índice médio de 43% na escolha.

Também foi possível entender como necessidade do setor de enfermagem o constante processo de qualificação, pois existem treinamentos mensais no setor, onde o quadro de funcionários participa ativamente sugerindo tópicos a serem treinados e avaliando estes quando desenvolvidos nos últimos treinamentos. Os demais componentes da equipe de saúde recebem plenas condições de executar seu trabalho, pois o hospital proporciona aos seus funcionários equipamentos e materiais necessários para prestar atendimento, sempre buscando o conforto e bem-estar de seus pacientes.

Diante do exposto, pode-se concluir que, a afinidade que o setor de enfermagem possui com os serviços de hotelaria está relacionada ao atendimento humano. Esta constatação ratifica o conceito de Francisco, Paes da Silva e Luz, (2007) que consideram os pacientes leigos para analisar a qualidade técnica dos

serviços de enfermagem, mas que podem perceber nitidamente a atenção e cortesia envolvida na relação.

### **3.3 Condições de estrutura e atendimento destes setores**

O Hospital Divina Providência é administrado pela Congregação da Divina Providência, uma instituição de orientação cristã, sendo uma organização sem fins lucrativos. O fato de ser sem fins lucrativos não significa que não seja possível oferecer estrutura direcionada ao conforto e bem-estar de seus clientes. Pelo contrário, a diretriz da instituição é de ser um “hospital moderno com foco no paciente”, segundo o diretor executivo do hospital. Para este diretor, o ano de 2007 foi um marco na história do hospital, devido às inaugurações das obras que modernizaram as instalações e proporcionaram conforto aos pacientes e familiares. Entretanto, para ele, o investimento considerado mais relevante foi a reestruturação organizacional que o hospital passou, preparando o hospital para enfrentar os desafios da próxima década, estando atento às mudanças do mercado, mantendo a instituição moderna e eficiente com seu foco no paciente.

Como estrutura, o hospital oferece: a) estacionamento; b) farmácia; c) cafeteria; d) três salas de estar; e) terminal bancário; f) banca de revistas; e g) Internet gratuita.

O prédio de estacionamento oferece 200 vagas, distribuídas nos 6 andares do prédio, sendo inaugurado em maio de 2007, com a apresentação do espetáculo Tangos & Tragédias. Este evento, também comemorou os 38 anos do hospital e foi direcionado para convidados, colaboradores e familiares e parceiros do hospital. A farmácia é uma franquia Agafarma e, assim como a cafeteria, alugam o espaço. Ambas estão localizadas no andar térreo, no corredor ao lado da recepção. As três salas de estar estão localizadas na recepção, no saguão dos elevadores, e a última, no 1º andar, na frente da direção do hospital. Neste mesmo andar, é possível encontrar máquina de auto-atendimento do banco Bradesco. Aliás, esta é uma observação realizada por alguns acompanhantes, pois como o hospital está distante de um banco, poderia haver um caixa 24 horas, que pudesse contemplar outras opções de banco para seus clientes. Na entrada do hospital, existe um quiosque com revistas e jornais, que também é explorado comercialmente por terceiros. Por

fim, o hospital coloca à disposição de seus clientes um computador com Internet gratuita, na sala de espera do 5º andar.

Além da estrutura, o atendimento também é parte integrante desta modernização. Para o diretor médico do hospital, “a intenção é chamar os médicos para que organizem as especialidades em uma única bandeira, que é a do hospital. Esta assistência integral possibilitará um ganho maior, tanto para os pacientes quanto para os médicos, além de alavancar os serviços oferecidos pelo hospital”. Diante do exposto pelos dois diretores, percebe-se que há um comprometimento do corpo diretivo do hospital com a missão da organização, de maneira que o hospital busca um olhar na sua estrutura organizacional e também na assistência médica oferecida, utilizando como foco o paciente, tendo a humanização como instrumento capaz de alcançar este objetivo. Acreditam eles que a humanização no atendimento, a estrutura adequada aos pacientes e acompanhantes e serviços com características hoteleiras possibilitarão a obtenção de vantagens competitivas frente aos demais hospitais.

Neste item, serão analisadas as condições de estrutura e atendimento dos setores de higienização, nutrição e dietética, internação e enfermagem.

### **3.3.1 Estrutura do setor de Higienização**

O setor de higienização está subordinado à Coordenadoria de Hotelaria e conta com 40 funcionários. A Higienização tem como finalidade manter a limpeza de todas as áreas do hospital, tornando-as adequadas ao bem estar, conforto, segurança e favorecendo a recuperação dos pacientes.

Segundo o manual do serviço de higienização, os objetivos do setor são: a) reduzir o número de microorganismos presentes nas superfícies, removendo os detritos e sujidades que propiciam seu crescimento; b) evitar, reduzir e controlar o risco de adquirir Infecção Hospitalar, através de utilização de técnicas de barreira; e c) capacitar os recursos humanos envolvidos em suas atividades, inserindo-os no programa de treinamento em serviço.

Para atingir estes objetivos, o setor está plenamente equipado com máquinas, utensílios, materiais que permitem desenvolver as rotinas diárias de serviços de higienização, atendendo a todas as áreas do hospital. Estas áreas do

hospital são classificadas pelo setor de higienização como: a) áreas críticas; b) áreas semi-críticas; e c) áreas não-críticas.

As áreas críticas são aquelas que oferecem maior risco de infecção, devido ao estado grave dos pacientes e aos procedimentos invasivos. No hospital Divina Providência são consideradas críticas as áreas de isolamentos, o berçário de alto risco (CTI Neonatal), o laboratório; o lactário e banco de leite, as salas de cirurgia e de parto, a unidade de Quimioterapia e o Centro de Terapia Intensiva (CTI). Devido ao risco, a limpeza destas áreas deverá ser realizada duas a três vezes ao dia ou sempre que necessário. As áreas semi-críticas são as demais áreas onde se encontram pacientes internados, mas cujo risco de transmissão de infecção é menor do que nas áreas críticas. São consideradas áreas semi-críticas os Ambulatórios; as Unidades de Internação, as enfermarias em geral; os Serviços de diagnósticos; os Consultórios; e a Lavanderia. Diferentemente das áreas críticas, a limpeza destas áreas deverá ser realizada uma vez ao dia ou sempre que necessário. Por último, todas as áreas do Hospital não ocupadas ou transitadas por pacientes, são chamadas de áreas não-críticas. Compõem as áreas não-críticas o Almoxarifado / Farmácia; as Áreas administrativas (salas, banheiros, dormitórios, etc); o Auditório; a Sala de reuniões; os Vestiários; e o Refeitório de funcionários. Assim como as áreas semi-críticas, a frequência da limpeza deverá ser uma vez ao dia ou sempre que necessário.

Faz-se importante a identificação das áreas do hospital, pois para cada área de risco, há um procedimento de higienização, que envolverá mais ou menos produtos químicos, materiais e equipamentos. Segundo a supervisora da higienização, “equipamentos modernos e o constante treinamento do pessoal são os pontos fortes do setor”. Desta forma, pode-se afirmar que a conjugação dos processos, a utilização de materiais e equipamentos adequados e a aplicação da técnica de higienização pelo funcionário, permitem atingir os objetivos do setor.

Assim sendo, a forma como o setor está estruturado e a prestação do serviço junto às áreas do hospital, permitem afirmar que os objetivos estão sendo atingidos, pois a frequência com que ocorrem as limpezas nas superfícies remove os detritos e os tipos de sujidade, não permitindo que os micro-organismos proliferem. Este impedimento de proliferação incide diretamente no controle das infecções hospitalares que, segundo a supervisão do setor, é praticamente zero. A parte de

capacitação dos funcionários, que compõe o terceiro item dos objetivos do setor, será ampliada no item 3.4.

### **3.3.2 Estrutura do Serviço de Nutrição e Dietética (SND)**

O setor de nutrição e dietética está diretamente subordinado à Diretoria Assistencial. O setor está estruturado sob a responsabilidade de uma nutricionista, que é a Coordenadora do SND, sendo diretamente assessorada por uma secretária. O setor divide-se em duas seções: a) a seção de produção e abastecimento; e b) seção clínica. A seção de produção e abastecimento subdivide-se em armazenagem e confecção. O setor de confecção responde pela distribuição da produção dos alimentos (montagem dos pratos térmicos) para os pacientes, acompanhantes e funcionários (refeitório), sendo distribuídas em seis tipos e em diferentes horários: a) café-da-manhã; b) colação; c) almoço; d) lanche; e) janta; e f) ceia.

O café-da-manhã é a partir das 8h e é composto por café, leite, pão, margarina, queijo e presunto, geléia de frutas e fruta da estação. Um diferencial do setor é que existe uma padaria, sendo os pães e bolos fabricados no próprio hospital, configurando um diferencial destacado por alguns pacientes a qualidade destes produtos. A margarina e a geléia de frutas são compradas em sachês industrializados, sendo mais fácil a manipulação e menor o risco de alguma contaminação alimentar. O café-da-manhã é servido para pacientes e acompanhantes, sendo que para este último deve ser informado na noite anterior.

A colação é um termo técnico da nutrição que é um sinônimo de lanche no turno da manhã. No Hospital Divina Providência a colação é servida aproximadamente às 9h, quando as atendentes da nutrição passam nos apartamentos para retirar as bandejas do café-da-manhã, entregam este lanche matinal que é composto geralmente de fruta da estação e suco.

O almoço é servido ao meio-dia. Conforme citado anteriormente, o hospital pretende respeitar os horários das refeições dos pacientes, diferenciando-se de outros hospitais que servem o almoço a partir das 11h. A composição do almoço é arroz, feijão, um tipo de carne (gado, frango ou peixe), verdura refogada, salada, sopa e sobremesa. Os acompanhantes também podem almoçar junto com o paciente, mas deve avisar no momento do café-da-manhã e providenciar a compra do *ticket* de refeição.

O lanche da tarde é composto de café, leite ou se o paciente preferir pode solicitar chá, bolo ou biscoito doce. Este lanche é servido às 15h e vale destacar que não há manipulação nos biscoitos doces ou salgados, pois estes têm embalagem individualizada com três biscoitos cada, direto da fábrica.

A partir das 18h é servido o jantar, que possui as mesmas características do almoço, tanto na composição do cardápio quanto na possibilidade de servir ao acompanhante. O jantar encerra às 18h30min.

A última refeição do dia é a ceia, termo que significa um lanche noturno. Este lanche é composto de café ou chá e biscoitos salgados ou doces, alternando-se diariamente os dois.

A seção clínica está direcionada à parte assistencial, ao atendimento dos pacientes, sendo a responsável pela montagem e distribuição das refeições produzidas no setor de confecção. O atendimento assistencial é realizado diariamente em dois momentos, um pela manhã e outro pelo turno da tarde, através de visitas nos apartamentos pelas nutricionistas. Na visita, a nutricionista já está ciente do tipo de dieta prescrita pelo médico ao paciente, perguntando ao paciente como está a aceitação das refeições, informa o cardápio do dia e indaga se tem alguma preferência que não esteja no cardápio. Percebe-se que há uma forte preocupação do setor de nutrição e dietética com o atendimento ao paciente, não havendo restrições para atender aos pedidos dos pacientes, sempre com o intuito de que este possa alimentar-se de maneira a se restabelecer com brevidade. Para que possa haver maior compreensão do processo, o setor de distribuição da seção clínica será descrito após a descrição do setor de distribuição do setor de confecção do SND.

O setor de armazenagem é o responsável pelo recebimento, acondicionamento e entrega de produtos para o setor de confecção. No almoxarifado existem as câmaras frias e *freezers* que estocam as carnes, laticínios, verduras, legumes e frutas. Além dos perecíveis, o almoxarifado também estoca a parte de não-perecíveis, como biscoitos, massas, arroz, feijão, achocolatados e demais itens. Percebe-se que o ambiente do almoxarifado é muito organizado, com as geladeiras e os *freezers* identificados na porta com seu respectivo conteúdo, assim como as prateleiras dos não perecíveis. Ainda no setor, existem balanças para a conferência dos produtos comprados por quilo, como carnes, frios e embutidos. Não existe produto fora da respectiva prateleira ou armazenado sem a

devida identificação. A maneira como o almoxarifado está estruturado, permite que os demais setores de produção possam receber os produtos necessários para a cocção ou preparo.

O setor de confecção é composto pela padaria, pré-preparo, preparo (ou cocção), saladas e sobremesas. A padaria é equipada com forno, divisora, massadeira, estufa de crescimento, máquina fatiadora para frios e para pães, além de cilindro, para esticar as massas. Com este maquinário, o setor pode produzir e armazenar pães, *croissants* e bolos, ao invés de oferecer estes mesmos produtos industrializados. O setor de pré-preparo é responsável por descascar e higienizar verduras e legumes, agilizando o processo de preparo. Na cozinha, são realizados os processos de produção dos alimentos, conforme as dietas prescritas pelos médicos. A cozinha apresenta espaço físico adequado para o preparo das refeições e é equipada com fogão industrial de 8 bocas e dois fornos embutidos, forno combinado, panelas elétricas industriais, fritadeira elétrica, processador de alimentos, estufa para manter o prato aquecido, micro-ondas, cafeteira industrial, batedeira industrial, freezer e geladeira, balcão térmico com 14 cubas, panelas à vapor e seladora. Com esta estrutura, a cozinha consegue atender plenamente a demanda de refeições do hospital Divina Providência.

O setor de distribuição do setor de confecção, é o responsável pela montagem dos pratos na cozinha. Este processo ocorre da seguinte maneira: a) nas cubas do balcão térmico são colocados os alimentos, de um lado os preparados normalmente (sal, gordura, etc) e do outro conforme dieta (sem sal, gordura); b) uma nutricionista monta o mapa das refeições; c) a atendente de nutrição coloca água quente na base do prato térmico (que o manterá aquecido) e que está identificado com o número da unidade de internação e o número do leito; d) o mapa de refeição é consultado por uma atendente que informa as demais qual o tipo de dieta e o pedido do alimento do paciente (pode ser diferente do cardápio); c) nas cubas ficam atendentes de nutrição que vão servindo o prato térmico, conforme orientação; d) na outra extremidade do balcão, uma nutricionista confere a montagem do prato e acondiciona na estufa, até o momento de carregar o “monta-carga”; e e) carrega-se o “monta-carga” para a distribuição dos pratos térmicos nas copinhas dos andares concluírem a montagem e prepararem a entrega.

O setor de distribuição da seção clínica está localizada nas “copinhas” dos andares, e tem como finalidade servir de apoio à distribuição das refeições

oferecidas pelo hospital. As copinhas estão equipadas com um carro-estufa, onde os térmicos ficam acondicionados para manter sua temperatura, micro-ondas, geladeira, fogão, carro de inox para entrega das bandejas, purificador de água, ventilador, armários e prateleiras. Antes de entregar as refeições, é necessário seguir a seguinte ordem: a) montar a bandeja conforme a refeição (café, almoço ou janta); b) conferir o esquema da dieta do paciente, colocando os itens necessários (adoçante para diabéticos, retirando *sachet* de sal para hipertensos) c) carregar o carro de inox com as bandejas montadas; d) retirar os térmicos da estufa, colocando-o na respectiva bandeja; e e) entregar nos apartamentos. A entrega segue alguns critérios determinados pela coordenação do SND, pois a atendente de nutrição deverá bater na porta do apartamento antes de entrar e pedir licença, colocando a bandeja na mesa auxiliar do apartamento, o mais próximo possível do paciente. Caso este não desejar, a atendente perguntará onde colocar a bandeja e se o paciente necessita de algo mais. Após a resposta, ela deverá despedir-se e colocar-se à disposição para outro atendimento. Segundo a Coordenadora do SND, as atendentes “são instruídas para repassar qualquer problema ou reclamação para as nutricionistas, mas possuem autonomia para a solução de pequenas situações, desde que avisem a nutrição”. Com esta afirmação, é possível concluir que as nutricionistas estão plenamente capacitadas para atender situações de conflito com pacientes e acompanhantes, buscando solucionar o problema com a maior brevidade possível. Quanto às atendentes de nutrição, existe possibilidade de atender a pequenas reclamações, como exemplo, falta de algum talher, alguma guarnição que não foi combinada. A Coordenadora do SND destaca que “é pedido para as atendentes não ficarem dando desculpas ‘esfarrapadas’ aos pacientes ou acompanhantes, mas dizer que estará apurando a situação e que dará retorno”. Ao ter como princípio a apuração do problema e o posterior retorno, a instituição manifesta o respeito ao seu paciente ou acompanhantes, caracterizando situações de humanização no atendimento.

Na opinião da Coordenadora do SND, os pontos diferenciais que o setor oferece são “as visitas diárias a todos os pacientes, onde é oferecido o cardápio do dia e para os pacientes debilitados é produzida a refeição que solicitar e também o atendimento humanizado da equipe, que busca satisfazer a vontade do paciente, sempre com o objetivo de que ele se alimente”. Partindo da opinião da Coordenadora, pode-se afirmar que o setor também está em sincronia e coerente

com a missão do hospital, principalmente pelo papel que este setor de apoio desempenha no processo de restabelecimento dos pacientes, aliando a necessidade da alimentação diária, com as preferências alimentares dos pacientes. O resultado deste processo pode ser confirmado durante a coleta de dados, onde os pacientes avaliaram se “as preferências alimentares são consideradas ao servirem sua refeição”. Aproximadamente 82% dos pacientes pesquisados responderam que “sempre”, permitindo concluir que o atendimento do setor de SND é eficaz. Outro fator importante está relacionado à estrutura do setor, especificamente com o aspecto da temperatura da refeição. Para em média 75% dos pacientes, a refeição está sempre na temperatura ideal para o consumo. Este número atesta que as copinhas dos andares estão estrategicamente bem localizadas, atendendo aos apartamentos e entregando as refeições na temperatura ideal, evitando assim possíveis infecções causadas pela contaminação dos alimentos fora da zona de segurança térmica.

Desta forma, a estrutura e o atendimento deste setor podem ser considerados como relevantes nos serviços de hotelaria hospitalar.

### **3.3.3 Estrutura do setor de Internação**

Conforme abordado anteriormente, a recepção possui a responsabilidade de causar a primeira impressão junto ao cliente. Para Figueira, Inoue e Lamha Neto (2007, p.14), “a concepção de ambientes que traduzam sensações de bem-estar e segurança é outro fator importante na humanização de um hospital”. Além deste conceito, faz-se necessário também citar Moraes, Cândido e Viera (2004, p.45) considerando que “os aspectos da arquitetura, as cores das paredes, os móveis, a decoração do *hall* e o novo conceito dos uniformes dos atendentes devem lembrar o clima de recepção de bons hotéis”. A estrutura e o atendimento do setor de internação e recepção do Hospital Divina Providência serão analisados à luz dos conceitos acima citados.

Ao chegar ao hospital, o cliente de saúde pode estacionar seu automóvel com segurança, pois existe um estacionamento capaz de proporcionar esta situação. Além dos seis andares do prédio garagem, o cliente também pode optar por estacionar em uma área aberta, ao lado da entrada do hospital. Independente de estacionar no edifício ou na área aberta, o cliente paga R\$ 3,00 por tempo livre, pois

existe uma empresa terceirizada que administra o estacionamento. Na entrada, portas automáticas abrem-se na presença dos clientes que ao dar os primeiros passos nesta área encontram uma banca de jornal à esquerda e bancos estilo de jardim à direita. No acesso à recepção, um segurança terceirizado está orientado a dar as boas vindas, saudando o cliente e encaminhando-o ao balcão da recepção. Ao entrar no hospital, o cliente encontra um ambiente agradável, ratificando o conceito de Figueira, Inoue e Lamha Neto (2007). O balcão da recepção é em formato da letra “L”, porém com o vértice arredondado. A composição de aço escovado e vidro, transmitem a sensação de leveza ao móvel, juntamente com a tela de LCD do computador existente no balcão. Assim como mencionado por Moraes, Cândido e Viera (2004), o uniforme dos atendentes permitem a associação com recepcionistas de hotéis. Para as funcionárias, calças e blazers de verão e os funcionários usam terno, camisa branca e gravata, em azul marinho. Percebe-se que os uniformes são de bom corte e que estão em bom estado de conservação.

Passando pelo balcão da recepção, o cliente tem acesso a uma das três salas de estar do hospital. Esta sala possui em suas paredes cores em base marfim, sendo as 10 poltronas existentes com braços em metal e nas cores mostarda, laranja e creme. O tecido que reveste as poltronas é o couro, pois facilita a higienização. Dois quadros com paisagens naturais pintados por uma das Irmãs da Congregação, uma mesa de centro em metal e vidro e um pedestal com um exemplar da Bíblia Sagrada completam o ambiente. O piso é em tom verde água, muito bem conservado e brilhoso. Neste ambiente, onde os clientes aguardam chamada para seu processo de internação, pode-se confirmar os conceitos de Figueira, Inoue e Lamha Neto (2007) e também de Moraes, Cândido e Viera (2004), porque a sala de estar possui uma decoração muito similar à de um hotel, com móveis modernos e em harmonia com o ambiente, transmitindo sensações de acolhimento e hospitalidade. Entretanto, embora com um ambiente similar a um hotel, há que se considerar a citação de Boeger (2005, p.56) sobre a estrutura de atendimento da recepção hoteleira e hospitalar onde

[...] o balcão da Recepção Central que em um hotel centraliza quase todas as operações no recebimento dos clientes, em um hospital serve principalmente para a triagem do público. É nessa recepção que o recepcionista irá triar o cliente que está na condição de paciente (para uma internação), de acompanhante, visitante, médico, fornecedor e prestador de serviços. É nesse balcão que normalmente se dá o acesso ao prédio,

entregando-se aos que chegam um crachá de identificação, conforme o lugar e o objetivo de entrada de cada um.

Quanto à parte de triagem, esta é realizada no balcão da recepção do Hospital Divina Providência, encaminhando os pacientes que estão para se internar e seus acompanhantes para a sala de estar contígua. Os médicos utilizam como identificação seus crachás do hospital. Porém, não há identificação dos demais visitantes ou prestadores de serviço na recepção. Esta é uma situação merecedora de atenção, pois controlar acessos de pessoas nas dependências do hospital permite maior grau de segurança, tanto aos clientes quanto ao corpo funcional. E a segurança é um dos itens que compõe o conceito de hotelaria hospitalar.

A internação está localizada fisicamente em quatro guichês ao lado da sala de estar. Um balcão inteiro em madeira, com tampo de granito em formato sinuoso compõe o ambiente de internação. Os guichês são separados por vidros jateados com listras horizontais distantes aproximadamente 10 cm entre si. Em cada guichê, existem duas cadeiras para os clientes, em estofamento verde e base em metal, igual ao das poltronas da recepção e a tela de LCD dos computadores existentes.

Geralmente, o processo de internação é rápido, pois é realizado um pré-cadastro do cliente após o agendamento do procedimento cirúrgico. Para realizar o processo de internação, o paciente deverá trazer ao hospital os seguintes documentos: a) carteira de identidade; b) cadastro de pessoa física (CPF); c) carteira do convênio (quando utilizado esta modalidade); d) autorização do convênio; e e) cadastro do cliente.

Quanto ao item de autorização de convênio, esta pode ser trazida pelos pacientes, quando existe necessidade de perícia médica. Em caso contrário, as autorizações podem ser emitidas pelos funcionários da internação, através dos portais dos convênios na Internet. Para os pacientes particulares, é solicitado um depósito antecipado no caixa do hospital, podendo ser no cartão de crédito

O cadastro de cliente, que é realizado no momento da internação, é relacionado aos dados pessoais do cliente, como endereço e telefone. Entretanto, o tempo de atendimento da internação foi avaliada pelos pacientes e aproximadamente 78% dos pacientes realizaram seus procedimentos de internação em até 30 minutos. Ao comparar com os procedimentos de entrada em um hotel, este tempo pode ser considerado alto, mas guardando as devidas proporções dos procedimentos entre os dois segmentos, o processo de internação hospitalar

envolve mais informações e detalhes que o hoteleiro. Outro fator que também interfere diretamente no tempo de atendimento é passar todas as informações necessárias para os clientes e estes estarem em condições de assimilá-las. Para minimizar o tempo de atendimento e suprir a necessidade de passar todas as informações, o Hospital Divina Providência criou uma pasta com todas as informações, normas e procedimentos inerentes ao tempo de estada do cliente no hospital. Dos pacientes entrevistados, 76% ficaram sabendo das normas e procedimentos do hospital através deste recurso, comprovando a eficácia deste método para a instrução do cliente a respeito das normas do hospital.

Durante o período de internação do paciente no hospital, o setor não possui muita interatividade com o paciente, apenas com seus acompanhantes ou familiares. Segundo a Coordenadora de Atendimento, a recepção executa basicamente as seguintes atividades durante a permanência do paciente no hospital: a) venda dos *tickets* de alimentação aos acompanhantes; b) mudanças de leitos (semi-privativos para privativos e vice-versa); e c) atendimento a informações dos familiares. Em comparação com o ambiente hoteleiro, as atividades da recepção do hospital são mínimas, pois a recepção hoteleira interage constantemente com seus hóspedes. Para a Coordenadora de Atendimento, a maior concentração de interatividade dá-se nos postos de enfermagem, que serão descritas no item seguinte.

Outro atendimento de responsabilidade do setor de internação são os casos de óbitos. Por se tratar se um evento delicado, o setor entra em contato com o médico que estava atendendo o paciente, solicitando sua presença no hospital. Concomitantemente, entra-se em contato com os familiares, também solicitando que se dirijam ao hospital. Em nenhuma hipótese o óbito deve ser informado pelo telefone à família. Administrativamente, o setor inicia o preenchimento do cabeçalho do atestado de óbito e que será completado e assinado pelo médico. Entrega-se uma guia de liberação do corpo para que os familiares procurem uma funerária e depois de escolhida a funerária, esta deverá retirar o corpo que estará no necrotério do hospital.

O atendimento dos pacientes para a alta hospitalar realizado no Hospital Divina Providência inicia na secretaria do posto de enfermagem. Dentro da pasta que o cliente recebe na internação, existe um formulário de avaliação dos serviços do hospital. Neste formulário, está uma “aba” destacável que serve para a liberação do paciente. Na liberação, constam três campos a serem preenchidos com carimbo

e assinatura, o primeiro para a enfermagem, o segundo do setor de contas e o terceiro do caixa. Além destes campos, deve-se preencher também o nome do paciente, o quarto/leito, a data e hora. Os campos de “RG” e “convênio” não estão sendo preenchidos. Faz-se importante destacar que, mesmo que o cliente não tenha o formulário, a secretaria do posto possui outros exemplares. A vinculação do formulário de liberação de paciente no mesmo formulário de avaliação de serviços é uma idéia interessante, pois assim os pacientes e acompanhantes preenchem as avaliações, enquanto é preenchida a liberação do paciente.

Após informado da alta médica, a secretária do posto de enfermagem entra em contato com o setor de contas, informando a respeito da alta. O setor de contas faz um resgate do registro e inicia a conferência da conta. Depois de conferir, realiza os últimos lançamentos na conta e apresenta-a ao paciente. Neste momento, o paciente pode realizar o pagamento ou combinar algum acerto posterior. Por fim, o formulário de liberação de paciente é carimbado nos campos de setor de contas e caixa e o paciente é liberado. Este atendimento descrito serve para os pacientes particulares, pois para os pacientes cobertos por algum convênio, não são realizados os últimos lançamentos nem o acerto da conta. Chama a atenção a modalidade “combinar algum acerto posterior”, pois este é o momento de saída do paciente. Segundo a Coordenadora de Atendimento, esta “combinação” acontece porque o hospital realiza processos de alta inclusive em domingos e feriados, e nestes dias o setor está fechado. Ainda afirma que nunca houve casos de inadimplência de pacientes, retornando sempre para realizar o acerto.

Comparando os ambientes hoteleiro e hospitalar, o atendimento da recepção hoteleira para os casos de saída de seus hóspedes é 24 horas e diário, independente de domingos ou feriados. No hotel, o hóspede pode encerrar sua conta em qualquer momento, sem necessitar retornar para outros acertos, pois o setor nunca fecha. Por outro lado, devido à complexidade dos processos de alta hospitalar já abordados anteriormente, os pacientes que receberem alta fora do horário comercial, deverão retornar ao hospital para saldar seus débitos e este procedimento pode ser entendido pelo cliente como um ponto deficitário no atendimento. Geralmente, alguns clientes preferem efetuar seus pagamentos imediatamente, pois nos casos de óbitos, como exemplo, o retorno ao hospital pode trazer recordações tristes, ou ainda, pela distância do hospital de sua residência.

### 3.3.4 Estrutura do setor de Enfermagem

O setor de enfermagem, inserido na estrutura de uma organização de saúde, tem como finalidade prestar assistência aos serviços médicos, o qual possui competência curativa ao cliente de saúde, conforme abordado na figura 15 (Esquema de prestação de serviços hospitalares). Entretanto, na mesma figura, constam os serviços de hotelaria, que promovem as situações de hospitalidade aos clientes de saúde. Por estar em constante contato com o paciente durante seu período de internação, o setor de enfermagem também atua nos serviços de hotelaria, considerando que a estrutura organizacional do setor e a estrutura, influenciam diretamente na qualidade do atendimento (LORENCETTE; BOHOMOL, 2005). Para as autoras, as relações de trabalho entre os profissionais do setor de enfermagem e os demais setores do hospital são facilitadas quando existe um desenho organizacional de maneira funcional para o serviço de enfermagem.

Este setor, no Hospital Divina Providência, está diretamente vinculado à Diretoria Assistencial, com uma Coordenadora de Enfermagem respondendo pelos procedimentos operacionais do setor. A Coordenadora é auxiliada por uma equipe de enfermeiras que gerenciam as três unidades de internação existentes. As enfermeiras são responsáveis pela equipe de técnicos de enfermagem, que prestam atendimento direto aos pacientes sob a supervisão destas. Segundo a Coordenadora de Enfermagem, “são 32 funcionários por unidade, temos três unidades (de internação), contamos com 16 substitutos de folgas e férias para cada função, o que totaliza 112 funcionários nas unidades de Internação”. Durante o período de observação direta deste setor, foi possível constatar que o setor está bem estruturado quanto ao número de funcionários, não havendo reclamação de parte dos mesmos de possíveis excessos de carga horária de trabalho. Assim sendo, a estrutura organizacional do setor de enfermagem do hospital Divina Providência ratifica o conceito de Lorencette e Bohomol (2005), pois este desenho organizacional apresenta-se de maneira funcional, prestando bom atendimento, conforme citação dos pacientes.

Outro aspecto diretamente relacionado à qualidade do atendimento do setor de enfermagem é o de estrutura. Para Lorencette e Bohomol (2005), o ambiente físico mal planejado influencia a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, impactando na recuperação do paciente. Este ambiente deve ser planejado de

maneira que haja espaço adequado para o preparo e a identificação dos medicamentos, do descarte seguro de materiais perfurocortantes, além de acesso fácil ao prontuário do paciente para leituras e execuções das recomendações nele constantes. As autoras ainda afirmam que os aspectos de ergonomia e segurança devem ser observados no planejamento do ambiente de trabalho. Também, devem ser considerados a luminosidade, a ventilação e o nível de ruído do posto de enfermagem, pois conforme estudos destes ambientes de trabalho, situações decorrentes destes itens acabam por interromper as atividades do profissional, gerando estresse emocional e desconforto físico para o mesmo, podendo induzi-lo a erros ou perda de seqüência da tarefa a ser executada.

No Hospital Divina Providência, foram observados a estrutura dos postos de enfermagem das unidades de internações privativas do quarto, quinto e sexto andar. Faz-se necessário explicar que o posto de enfermagem é composto da parte administrativa (recepção do posto) e a parte assistencial (onde são preparados os procedimentos necessários).

A recepção do posto de enfermagem está estrategicamente situado de maneira que qualquer pessoa que saia de um dos três elevadores do hospital possa visualizar e ser visualizado pelo(a) recepcionista do posto. Entre duas colunas, o balcão do posto foi construído em madeira, com lâminas coloridas em tons degradê na parte externa, conforme a pintura do andar. Sobre o balcão, um tampo de granito em preto faz o acabamento. Na parte interna, uma bancada (também de granito e no tom marfim, assim como todas as bancadas do posto de enfermagem) com a extensão do balcão serve como mesa para a(o) recepcionista. Nesta bancada, além do computador, ficam as planilhas de alta, solicitação de limpeza das unidades de internação, as listas de pacientes do andar e previsões de internação. Na base da bancada, gavetas e balcões armazenam formulários internos, materiais de escritório e controle remoto das unidades de internação. Pode-se afirmar que todas as recepções dos postos oferecem boas condições ergonômicas de trabalho e compõem o ambiente de sala de estar do andar de maneira agradável. Na sala de estar, existem nove poltronas no mesmo estilo da recepção do hospital, em couro nos tons de laranja e marfim, braços e bases em metal. Ainda compõem o ambiente, um revestimento de metal, um televisor de 14 polegadas suspenso em suporte na parede e cortina na janela. Apenas no quinto andar, ao lado do elevador de macas,

o hospital disponibiliza um computador com acesso liberado a Internet para os pacientes, familiar ou acompanhante.

O posto de enfermagem localiza-se atrás do balcão de recepção do andar e o acesso ao posto de enfermagem ocorre pelas laterais da recepção. À esquerda da entrada do posto, existe uma bancada no formato da letra “U” para a prescrição médica. Suspenso sobre um dos balcões de prescrição está um móvel aberto que serve para armazenar os prontuários (pastas dos pacientes), permitindo fácil acesso tanto dos médicos como do pessoal da enfermagem. Percebe-se que o ambiente de prescrição do hospital é organizado, permitindo condições de leitura e respeitando condições de ergonomia, conforme conceito de LORENCETTE; BOHOMOL. Ainda no posto de enfermagem, existe a sala da enfermeira, com janelas que possibilitam a visão geral do posto. Nesta sala, a enfermeira responsável pelo andar realiza os planejamentos necessários para a execução das atividades do setor, armazena as chaves das unidades de internação e faz as escalas de serviço da equipe. Os procedimentos da enfermagem são realizados no balcão central e nas bancadas existentes nas paredes do posto. Nestas bancadas existem gavetas e armários que armazenam os materiais necessários para as intervenções inerentes à prática da enfermagem, assim como medicações e equipamentos diversos. A preocupação com a higiene é constante e existem duas pias para a higienização das mãos, sendo a primeira na entrada do posto, com sabonete líquido, torneira com sensor e papel toalha para enxugar as mãos e a segunda, na parede à direita da entrada, porém com misturador de água quente e também sabonete líquido. Vale destacar que os técnicos de enfermagem utilizam luvas descartáveis para os procedimentos nos pacientes, conforme observado no setor e também destacado pela Coordenadora de Enfermagem. Quanto aos medicamentos, estes estão armazenados nas respectivas gavetas, devidamente identificados e podem ser plenamente preparados em qualquer parte dos balcões disponíveis, de acordo com a prescrição do prontuário. Os materiais perfurocortantes são descartados em caixas amarelas especificadas para esta finalidade, evitando riscos aos colegas do setor e da higienização, quando houver a retirada deste. A luminosidade do setor é ampla, pois existem janelas grandes e com vista para a mata nativa que circunda o hospital. Ainda assim, existe iluminação suficiente para permitir o desenvolvimento das atividades profissionais requeridas pela função. Quanto à ventilação, é um item que deixa a desejar, pois a partir das 11h da manhã o sol fica de frente à janela do posto.

Por este motivo, as janelas permanecem fechadas e com as cortinas estendidas, para minimizar o calor. Existem ventiladores de teto que amenizam o calor, pois o hospital não disponibiliza ar condicionado na recepção dos andares. A ventilação natural ocorre apenas no período da noite, quando são abertas as janelas do posto. Não há riscos de entrada de insetos devido às telas de proteção das janelas. Finalizando a análise da estrutura do posto, pode-se afirmar que o nível de ruído é baixo, pois o hospital está localizado ao lado de uma mata nativa, longe do barulho da cidade. Partindo do conceito de Lorencette e Bohomol (2005), o posto de enfermagem do hospital Divina Providência apresenta boas condições de atendimento da demanda de pacientes respeitando os aspectos de ergonomia e de segurança do trabalho. Porém, apenas no quesito conforto o posto apresenta restrição, especificamente nas condições de ventilação, pois nos itens de luminosidade e ruído não há situações que mereçam maior atenção, sendo plenamente atendidos no aspecto de conforto e bem-estar dos funcionários. Entretanto, o estresse e desconforto que a ventilação podem causar ao profissional, não foram identificados como relevantes durante a observação direta e a entrevista com os funcionários. Percebe-se que há alguma insatisfação dos funcionários, mas esta não se reflete no atendimento ao paciente ou familiar, pois não fora identificado no período da pesquisa nenhum caso de mau atendimento nas entrevistas.

Outro aspecto importante é a interação entre a enfermagem e os demais setores do hospital. Segundo Lorencette e Bohomol (2005, p.126), o enfermeiro

desempenha um papel de relevância como interlocutor entre os membros da equipe de enfermagem e a administração de uma instituição de saúde, além de ser o elo entre os diversos profissionais na prestação da assistência ao paciente.

Com esta afirmação, as autoras afirmam que, implicitamente, a enfermagem desempenha o papel de maior interação com os pacientes e acompanhantes durante a internação, descobrindo suas necessidades explícitas e ocultas, repassando estas informações aos demais setores do hospital. Neste item, faz-se necessário destacar apenas as interações que ocorrem durante a internação do paciente entre este setor e os setores de higienização, SND e internação.

O setor de higienização será acionado sempre que houver alguma intercorrência no posto de enfermagem, na unidade de internação, nos banheiros

sociais do andar ou na sala de estar. Estas intercorrências podem ser originadas pela quebra de algum medicamento, fluidos corpóreos (sangue, urina, etc), reposição de materiais (papel higiênico, papel toalha, etc.) ou em quaisquer casos que necessitem de intervenção do setor para que haja limpeza de uma determinada área. As interações com o setor de nutrição e dietética ocorrem de maneira assistencial, pelos prontuários ou pessoalmente nas liberações, restrições ou proibições (NPO – Nada Por via Oral) de dieta. Além destas situações, também podem ser solicitados pratos ou algum desejo de alimento especial pelo paciente, desde que não esteja na restrição alimentar. Por fim, a interatividade com a internação ocorre em dois momentos: a) administrativamente; e b) operacionalmente. A interação administrativa está relacionada ao prontuário, com a execução e lançamento dos registros e protocolos inerentes aos procedimentos assistenciais. A operacional ocorre nos processos de internação do paciente, no atendimento às necessidades dos pacientes e acompanhantes e também na informação da alta médica à internação. Estas tarefas são executadas pelos (as) recepcionistas dos postos, tanto as de caráter administrativo como as operacionais, sendo similares a um concierge de hotel. Segundo Ismail (2004, p.154), “os concierges devem estar aptos a fornecer grande variedade de serviços para qualquer hóspede e são poderosos instrumentos para a satisfação”. Assim como o concierge, o (a) recepcionista do posto participa ativamente do atendimento aos pacientes, seus familiares ou acompanhantes, orientando-os quanto aos procedimentos e informações do hospital, indicações sobre como se locomover na cidade, principalmente para os pacientes do interior do estado do Rio Grande do Sul, entre outras situações. Diante do exposto, pode-se afirmar que o setor de enfermagem possui relevante importância para a hotelaria hospitalar, face ao grau de interação com os pacientes, familiares e acompanhantes.

### **3.4 Os investimentos em hotelaria hospitalar realizados pelos gestores.**

Neste item serão abordados os conceitos e também os investimentos em hotelaria hospitalar que são realizados pela direção e os gestores de área no Hospital Divina Providência. Para isto, foram utilizados como referência autores vinculados ao tema, como Figueira, Inoue e Lahma Neto (2007), Godói (2004) e

Boeger (2007), observação direta e as entrevistas realizadas com a direção e os gestores.

Por não haver um conceito objetivo definido de hotelaria hospitalar, faz-se necessário citar três autores diferentes, identificando pontos em comum entre os conceitos. Para Godói (2004, p.40), hotelaria hospitalar “é a introdução de técnicas, procedimentos e serviços de hotelaria em hospitais com o conseqüente benefício social, físico, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários”. Segundo Figueira, Inoue e Lamha Neto (2007, p.13), no conceito de hotelaria hospitalar, “os pacientes são vistos como hóspedes enfermos e que por isso requerem atenção especial, conciliando a saúde e o ato de hospedar bem, tornando o ambiente mais acolhedor para a família e o paciente, humanizando o ambiente e o seu atendimento”. Conforme Boeger (2007, p.114), hotelaria hospitalar é “a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação”. Diante dos conceitos levantados, podem-se identificar como pontos em comum entre os autores benefícios para o triângulo composto por paciente-familiar-funcionário. Estes benefícios podem ser traduzidos como bom ambiente de trabalho, conforto na estada e atendimento humanizado (figura 25).



Figura 25: Benefícios da Hotelaria Hospitalar  
Fonte: o autor

Este modelo que está sendo proposto foi desenvolvido embasado em autores, na realização das entrevistas com pacientes, acompanhantes e gestores, e também através da observação direta no Hospital Divina Providência.

A hotelaria hospitalar objetiva atender ao paciente, aos familiares e aos funcionários, razão pela qual estes se encontram nos vértices do triângulo. Partindo

do conhecimento do público-alvo, iniciam-se as relações de benefícios tendo como base um bom ambiente de trabalho. No momento que o funcionário (ou cliente interno) possui um bom ambiente de trabalho, onde ele sinte-se com sua auto-estima elevada, seguro, acolhido pelos colegas e chefias, além de contar com os equipamentos e materiais necessários para a execução de suas tarefas, o atendimento humanizado aos pacientes e familiares passa a ser uma decorrência de todo o processo. Este bom ambiente de trabalho é percebido também por pacientes e familiares, quando recebem o atendimento e constata a postura, a atitude e o tom de voz do funcionário. Por outro lado, o conforto na estada está vinculado a situações inerentes à unidade de internação, áreas sociais e os serviços de apoio oferecidos pelo hospital. A higienização e a manutenção das mesmas, indiretamente, também significam atendimento humanizado, pois desta forma estarão oferecendo conforto e bem-estar aos pacientes e familiares. A unidade de internação deve oferecer conforto e ambiente agradável, utilizando-se de mobiliário moderno, em boas condições e decoração que permitam os processos de higienização, sem deixar de tornar o ambiente acolhedor, como um apartamento de hotel. Outro aspecto a considerar no conforto da unidade de internação é relativo à vista que o paciente e o familiar têm da janela ou sacada do apartamento. Diferentemente de um hóspede que interage mais com as áreas sociais do hotel que com a unidade habitacional, o paciente tem sua circulação pelo hospital impedida ou restrita, logo, a vista da unidade de internação possui valor significativo no conforto da estada do paciente. Em relação às áreas sociais, estas devem ser devidamente sinalizadas e assim como as unidades de internação, também podem parecer com saguões de ambiente hoteleiro. Os serviços de apoio, conforme abordado anteriormente, necessitam disponibilizar condições de conforto, bem-estar e segurança para o trio envolvido na hotelaria hospitalar. Faz-se necessário afirmar que a interação dos benefícios da hotelaria hospitalar entre paciente, familiar e funcionários deve ser constante e ininterrupta, havendo maior comprometimento dos funcionários para manter o bom ambiente de trabalho. Para o diretor médico do hospital, “existe uma preocupação e um envolvimento (*da direção*) com os problemas dos pacientes”, assim sendo, os gestores e os funcionários devem estar capacitados para administrar e contornar situações de conflito originadas nas relações entre as partes. Esta foi uma das variáveis pesquisadas, sendo perguntado

a pacientes e acompanhantes, “você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital?” (tabela 5):

Tabela 5 - Existência de problemas a serem solucionados pela equipe de atendimento

<b>Descrição</b>	<b>Incidências</b>	<b>Percentual</b>
Sim	132	60%
Não	87	40%
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

Conforme a tabela 5, pode-se afirmar que problemas acontecem, algumas vezes de maneira involuntária, outras por problemas estruturais ou de atendimento. Entretanto, os clientes querem ver seus problemas resolvidos com a maior brevidade possível. Assim sendo, foi questionado aos pacientes e acompanhantes do Hospital Divina Providência, “quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente?” (tabela 6):

Tabela 6 - Agilidade na solução de problemas

<b>Frequência</b>	<b>Incidências</b>	<b>Percentual</b>
Sempre;	96	73%
Quase sempre;	24	18%
Às vezes;	10	8%
Quase nunca;	1	0,5%
Nunca.	1	0,5%
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

Diante do exposto, é possível constatar que os clientes de saúde estão satisfeitos com a agilidade da equipe de atendimento para solucionar os problemas, ratificando a diretriz da diretoria médica do hospital. Esta preocupação e o envolvimento descrito pela direção sobre atender aos problemas que os clientes venham a ter, está sendo coordenada pelos gestores e executada pela equipe de atendimento. Analisando sob a ótica de Mintzberg (1999), percebe-se que o hospital possui a representação formal do organograma, entretanto, utiliza o sistema de fluxo informal para atingir a missão e os objetivos do hospital. Ainda à luz de Mintzberg (1999), pode-se afirmar que a coordenação aplica a supervisão direta como seu mecanismo de trabalho, fazendo com que a equipe de atendimento (centro

operacional) execute suas atividades, utilizando os materiais e equipamentos necessários para isto.

No Hospital Divina Providência, o conceito de hotelaria hospitalar não está bem definido ainda, “mas o setor trabalha para proporcionar bem-estar e ambientes agradáveis para os clientes do hospital”, segundo a Coordenadora de Hotelaria Hospitalar. Porém, a ausência deste conceito definido pode ser considerada comum em hospitais no Brasil. Segundo Boeger (2003, p. 24), “no Brasil, a hotelaria hospitalar está engatinhando, sendo aplicada ainda de maneira tímida há menos de uma década”. Assim como este conceito não é claro para os hospitais, também não é claro ao cliente de saúde. Durante este estudo, foi questionado aos acompanhantes dos pacientes se “você já ouviu falar em hotelaria hospitalar?”, (tabela 7):

Tabela 7 - Conhecimentos sobre hotelaria hospitalar

<b>Descrição</b>	<b>Incidências</b>	<b>Percentual</b>
Sim	44	45%
Não	54	55%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008

Os números da tabela 7, confirmam que o conceito de hotelaria hospitalar ainda não está claro para o cliente de saúde, pois 55% dos acompanhantes entrevistados não sabiam do que se tratava. Surpreende o fato de 45% dos acompanhantes que responderam ter “ouvido falar” em hotelaria hospitalar, pois durante a entrevista pode ser percebido que alguns responderam “sim”, sem a convicção suficiente de realmente saber do que se tratava. Esta percepção está embasada na observação da fisionomia do acompanhante quando da resposta sobre o conhecimento do significado de hotelaria hospitalar e na faixa etária do acompanhante. Por se tratar de um conceito novo, de não ser divulgado pelos próprios hospitais, pode-se questionar este percentual, pois alguns acompanhantes visivelmente não mostraram segurança em suas respostas. Esta pergunta foi inserida no questionário com a intenção de mensurar em que medida os clientes conhecem este conceito.

Ao afirmar isto, pode-se considerar que mesmo sem o conhecimento de uma definição formal de um conceito, o hospital ratifica os pontos em comuns que foram

levantados no modelo proposto no início deste capítulo, em virtude de disponibilizar situações de bem-estar e ambientes agradáveis aos clientes do hospital. Estes clientes podem ser entendidos como clientes internos e externos, conforme abordado por Boeger (2007), sendo os sujeitos ativos e passivos da hotelaria hospitalar.

Um dos investimentos que o hospital realiza está associado ao cuidado, à preocupação com o cliente interno e externo. Para a diretora-geral do hospital, “queremos unir esforços [...] para dar maior conforto e segurança a quem nos procura [...], crescendo e qualificando cada vez mais a nossa instituição”. Com esta declaração, é possível afirmar que, mesmo sem ter claramente definido um conceito de hotelaria hospitalar, o hospital investe no bem-estar e em ambientes agradáveis, utilizando como instrumento a hospitalidade e o acolhimento, situação que pode ser percebida durante a observação direta dos setores e na aplicação dos questionários. Para tal, os gestores do hospital foram perguntados a respeito de “Como um hospital pode transmitir aos seus pacientes sentimentos de acolhimento e hospitalidade?” e as respostas estão dispostas na tabela 8:

Tabela 8 - Transmissão de acolhimento e hospitalidade pelos gestores

Respostas dos Gestores	Freqüência
Dar atenção ao paciente; Atendimento Humano; Através do sorriso.	3
Tempo de atendimento; Respeito	2
Cortesia; Cordialidade; Toque no Paciente; Simpatia; Educação; Bom humor; Ambiente confortável	1

Fonte: gestores do hospital Divina Providência, 2008.

O conforto e a segurança que a diretora-geral referiu-se está traduzido nas respostas dos gestores, pois o conforto e a segurança não são apenas nos aspectos físicos, mas também em aspectos emocionais. Conforme abordado por Taraboulsi (2004), o paciente quando chega ao hospital está tomado de emoções e sentimentos, fragilizados, inseguros, necessitando de respeito, atenção e carinho. Desta forma, o dar atenção ao cliente, o atendimento humanizado e o sorriso, constituem um potencial conjunto para minimizar estas emoções e sentimentos

citados por Taraboulsi, sem desconsiderar todas as demais respostas dos gestores, as quais também subdividem este conjunto. Para que este conjunto seja constante, faz-se necessário que os prestadores de serviço estejam preparados e capacitados para atender aos pacientes, familiares e também seus próprios colegas de setores.

A educação continuada também pode ser considerada como investimento do hospital em hotelaria hospitalar. Os profissionais do Divina Providência estão em constante processo de capacitação, seja técnica ou institucional. Esta afirmação está embasada nas respostas dos gestores, que na sua totalidade, afirmaram que o hospital disponibiliza programas de capacitação sistemáticos, além da existência de um Centro de Educação Continuada (CEC). Para Lorencette e Bohomol (2005, p.128) o CEC é um setor “especializado para a promoção de oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de forma mais efetiva e eficaz na sua vida institucional”. Assim sendo, este setor possui papel motivacional na estrutura hospitalar, interferindo diretamente no atendimento dos clientes do Hospital Divina Providência. Partindo do conceito de Lorencette e Bohomol (2005) e da afirmação da diretora-geral do hospital, sobre a capacitação e o crescimento da instituição, pode-se afirmar que o Hospital Divina Providência investe no desenvolvimento profissional de seus funcionários, sem descuidar de transmitir os valores e princípios do hospital. Segundo a Coordenadora de Atendimento, o hospital “realiza treinamentos institucionais a cada dois meses”, e através destes, os princípios e valores são transmitidos e ratificados. Acredita o diretor médico que “as situações de acolhimento e hospitalidade, devem passar pelo carisma das irmãs da Congregação e também pelo treinamento que elas ministram aos funcionários”.

As situações de acolhimento e hospitalidade foram questionadas junto aos pacientes do hospital, perguntando-lhes “você percebe situações de acolhimento e hospitalidade pelos funcionários do hospital?”, (tabela 9).

Tabela 9 - Percepção de acolhimento e hospitalidade

<b>Frequência</b>	<b>Incidências</b>	<b>Percentual</b>
Sempre;	108	89,3%
Quase sempre;	11	9,1%
Às vezes;	2	1,6%
Quase nunca;	0	0%
Nunca.	0	0%
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

Por se tratar de uma organização administrada por uma congregação religiosa de orientação cristã, os valores do Cristianismo estão na composição dos valores e princípios, conforme abordado na caracterização da organização. Desta forma, pode-se observar o impacto do trabalho das irmãs no atendimento dos pacientes e na relação com os funcionários, pois os pacientes percebem que estão sendo acolhidos pela equipe do hospital. Em cada posto de enfermagem existe uma irmã desenvolvendo tarefas relacionadas ao cuidado e os demais funcionários respeitam e colaboram com o trabalho executado pelas mesmas, obtendo como retorno o reconhecimento dos pacientes, sobre as situações de hospitalidade que a equipe de atendimento oferece.

A criação e a manutenção de um ambiente agradável não se resumem apenas nos espaços físicos do hospital. Para o Divina Providência, o ambiente agradável deve ser presente e mantido nas relações interpessoais dos clientes internos, constituindo assim, em investimento em hotelaria hospitalar. Este investimento inicia no processo de seleção dos funcionários. Para Tanke (2004, p. 132), o processo de seleção “envolve diversos métodos de triagem [...] que pode ser definida como um método que lhe permite fazer a melhor seleção do grupo de candidatos a emprego disponíveis [...]”. Com esta citação, a autora refere-se ao processo de seleção como relevante instrumento para escolher o candidato mais adequado ao perfil estabelecido pela organização. No Hospital Divina Providência, os gestores encaminham ao setor de recursos humanos uma comunicação de abertura de vaga no setor, indicando o perfil requerido ao profissional e a descrição das tarefas que serão executadas por ele. A triagem referida por Tanke (2004) é realizada pelo setor de recursos humanos, que após identificarem os candidatos com as características mais aproximadas com o perfil proposto, iniciam o processo de seleção. O gestor que abriu a vaga, participa do processo de seleção, entrevistando, respondendo a perguntas do candidato, além de explicar as normas e procedimentos do hospital. Segundo a Coordenadora de hotelaria hospitalar, é prática no hospital o novo profissional fazer uma espécie de “estágio” de dois dias, na carga horária e com as atribuições que terá no hospital. Para a supervisora de higienização, este estágio tem como finalidade saber “se ele sentiu-se à vontade no desempenho das tarefas, enfim, se ele quer realmente ser contratado”.

Outro fator importante no processo de seleção do hospital são os atributos relevantes para a contratação de um funcionário. Segundo os gestores do hospital, os candidatos devem saber trabalhar em equipe, ter iniciativa e atitude pró-ativa, ser responsável, saber relacionar-se com os colegas, e principalmente ter atitudes que valorizem o ser humano, tais como educação, paciência, compreensão, empatia, respeito e cordialidade. Com exceção do setor de enfermagem que necessita obrigatoriamente que o candidato tenha conhecimentos técnicos, os demais setores não exigem tais conhecimentos, pois estes podem ser desenvolvidos no próprio hospital.

Quanto à experiência profissional, nenhum dos setores afirma como relevante este aspecto, incluindo o setor de enfermagem. Após o processo de seleção, o candidato é contratado, entrega a lista de documentos solicitados pelo hospital e recebe um manual do funcionário. Para Tanke (2004, p. 39), a finalidade do manual do empregado é “comunicar informações que sejam importantes e relevantes para os empregados e, ao mesmo tempo, educá-los a respeito da organização [...]”. A partir deste conceito, pode-se afirmar que o hospital Divina Providência preocupa-se que seus valores e princípios estejam plenamente entendidos pelo seu novo colaborador e que este possa colocar em prática durante a execução de suas tarefas diárias. Entretanto, não basta apenas realizar seleção com o candidato, informá-lo das normas e procedimentos do hospital. É importante, também, criar indicadores capazes de avaliar o desempenho profissional do funcionário, observando se está interferindo no ambiente de trabalho. Acompanhar o desempenho de um funcionário pode gerar situações constrangedoras ou difíceis de se lidar “do ponto de vista do relacionamento humano, como, por exemplo, sentar com um funcionário difícil para discutir uma ação ou um comportamento inadequado que ele vem adotando (Rosso, 2005, p.446)”. Neste aspecto, o Hospital Divina Providência possui posicionamento bem definido, avaliando o novo colaborador a cada trinta dias e os demais funcionários são avaliados a cada seis meses. As chefias e os supervisores são avaliados a cada ano pelo superior imediato, segundo a coordenadora de atendimento. Nestas avaliações é questionado junto ao funcionário como ele está se sentindo e em que pode melhorar. Acredita-se não haver dificuldades de conversar com funcionários que tenham seu desempenho comprometido. Segundo a coordenadora de enfermagem, “temos como norma observar quando um funcionário cai de produção, procura-se conversar com ele

identificar os pontos conflitantes. Esta avaliação é registrada e encaminhada para o setor de psicologia, se for o caso”. Ainda conclui, a mesma coordenadora, que “sempre é dada oportunidade para que um funcionário se reestabeleça, não se demite ninguém, até se esgotar as condições”. Este procedimento ratifica os princípios do hospital, valorizando o ser humano, ajudando a recuperar seu desempenho profissional e sua auto-estima.

Outro investimento do Divina Providência em hotelaria hospitalar está relacionada à utilização de equipamentos e materiais pelos funcionários na execução das tarefas. Segundo Lorencette e Bohomol (2005, p. 131), “a falta de materiais para realizar a assistência à saúde é um fator de risco para o paciente e de estresse para os membros da equipe multidisciplinar”. Com esta citação, as autoras referem-se que tanto o ambiente de trabalho quanto o atendimento aos clientes externos e internos podem sofrer interferência negativa, pois as tarefas podem ser prejudicadas em sua execução devido à falta de material ou equipamento adequados. Estas interferências vão contra os conceitos levantados de hotelaria hospitalar, permitindo que exames, coleta de material ou diagnósticos sejam distorcidos, causando desconforto, mal-estar e desconfiança dos clientes. O Hospital Divina Providência disponibiliza equipamentos e materiais necessários para a execução das tarefas, conforme a solicitação dos setores. Para a coordenadora de enfermagem, “existe uma cultura no hospital, aqui só se pede o que realmente é necessário para o trabalho. As solicitações de compra são encaminhadas para aprovação da direção e atendidas pelo setor de compras”. Os setores não recebem orçamento para gestão da respectiva área, porém, conforme citou a coordenadora de enfermagem, o setor de compras do hospital recebe as solicitações de compras depois de autorizada pela direção e são atendidas de acordo com as prioridades do hospital. Os demais gestores ratificam estas características da cultura do hospital de solicitar o que é necessário e segundo a coordenadora de atendimento, o setor deve se planejar anualmente, pois “todo final de ano, os setores encaminham as previsões para o ano seguinte. Se surgirem urgências, podem ser encaminhadas à medida que ocorrem”, desde que justificados pela gerência.

Considerando que os investimentos dos gestores do hospital são: a) treinamento da equipe de atendimento; b) ambiente agradável (tanto físico quanto emocional); e c) equipamentos e materiais adequados para a execução das tarefas, faz-se necessário analisar se estes investimentos são percebidos pelos pacientes e

acompanhantes. Para tanto, questionou-se a estes “como você avalia os serviços deste hospital?”, (tabela 10).

Tabela 10 - Avaliação dos serviços do hospital

<b>Freqüência</b>	<b>Incidências</b>	<b>Percentual</b>
Muito bom, recomendando a amigos e familiares;	164	75%
Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes;	52	24%
Indiferente, atende a finalidade de um hospital com nível razoável de serviços;	3	1%
Ruim, os serviços deixam a desejar;	0	0%
Muito ruim, não há qualidade nos serviços.	0	0%
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

Os serviços do hospital foram considerados por 99% dos clientes de saúde como bom ou muito bom. Baseado nos números levantados na tabela 10, pode-se afirmar que estes clientes percebem os investimentos realizados pelo hospital em hotelaria hospitalar. Segundo Nobre (1997, p. 133), “clientes que ficam encantados com o atendimento que recebem, tornam-se os maiores divulgadores e [...], os melhores vendedores dos produtos e/ou serviços”. Ao classificar os serviços do hospital como muito bom, recomendando a outras pessoas, os clientes estão consolidando o conceito de Nobre, tornando-se vendedores dos serviços do hospital. Entretanto, dentre os 24% de clientes que responderam que o hospital pode ser melhorado em pequenos detalhes, 44% são acompanhantes de pacientes, os quais sinalizaram os aspectos que o hospital pode melhorar, respondendo a questão “o que o hospital deveria disponibilizar como situações de conforto e bem-estar para os acompanhantes de paciente?”, (tabela 11).

Tabela 11 - Sugestões dos acompanhantes

	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	
Aspectos da Unidade de Internação	Cama mais confortável	27	Total
	Internet no apartamento ou sem fio no andar	13	
	Tv a cabo no apartamento	08	
	Som ambiente	03	
	Controle remoto	02	
	Móveis mais confortáveis - Controle de temperatura do ar - Escada para cama do paciente - Cortina ou box no banheiro - Melhor localização do armário - Travesseiros mais confortáveis - Abajur - Espelho no apartamento - Placa "somente para paciente" no banheiro do apartamento - Aparelho de DVD - Ventilador - Frigobar abastecido - Roupa de cama de melhor qualidade.	01	54
Serviços	Biblioteca - Cabeleireiro e manicure	02	3
	Terminais bancários de outros bancos - Carrinho de bagagem - Guarda volumes - Revistas disponíveis (sem venda) - Sinalização externa indicativa para o hospital	01	
Gastronomia	Mais opções gastronômicas	07	10
	Room service 24h	02	
	Horário de jantar maior - Melhorar a cafeteria - Estrutura da parte de alimentação (compra de ticket)	01	

Fonte: o autor, 2008.

As sugestões dos acompanhantes foram ordenadas por categorias: a) aspectos da unidade de internação; b) serviços; e c) gastronomia. Na categoria aspectos da unidade de internação, estão agrupados os itens sugeridos e que estão relacionados à unidade de internação, considerando o conforto, a segurança e o bem-estar dos acompanhantes e pacientes. Nesta categoria, constata-se que os acompanhantes não estão satisfeitos com o sofá-cama existente no apartamento privativo, pois 27 pessoas destacaram este item como sugestão ao hospital. A parte de entretenimento ou possibilidade de trabalho na própria unidade de internação também foi mencionado por 13 acompanhantes, ao afirmar que a Internet poderia permitir o desempenho das atividades profissionais enquanto acompanha o paciente ou disponibilizar situações de acesso na grande rede. Ainda nesta categoria, 08

acompanhantes acreditam que se o hospital oferecesse canais a cabo, estariam disponibilizando situações de conforto e bem-estar. Quanto ao item som ambiente, as unidades de internação privativas contêm caixas de som embutidas nas paredes, entretanto, não estão em funcionamento, conforme alguns acompanhantes citaram. Os demais itens constam como sugestões para que a direção e a gerência de hotelaria hospitalar do hospital Divina Providência identifiquem se existe viabilidade ou interesse em disponibilizar as situações propostas pelos acompanhantes.

A categoria serviços foi organizada considerando situações que agregariam ao atendimento e estrutura do hospital. Nesta categoria, os acompanhantes acreditam que disponibilizar uma biblioteca no hospital é uma condição de conforto e bem-estar. Além da biblioteca, a vaidade e a preocupação com a aparência manifestaram-se com os acompanhantes solicitando que cabeleireiros e manicures prestem serviços a acompanhantes e pacientes também. Embora com apenas 01 incidência, os itens a seguir arrolados disponibilizariam conforto, como exemplo, outros terminais bancários que permitiriam realizar operações bancárias dentro do hospital, sem deixar o paciente sozinho no apartamento para ir ao um centro bancário. Outro aspecto levantado por um acompanhante do interior foi relativo à sinalização externa do hospital, pois segundo este “quem não conhece a região pode se perder”. Este comentário procede, pois antes de chegar ao hospital, existem duas bifurcações que podem possibilitar que a pessoa se desvie do caminho do hospital. A indicação de um guarda-volume e de um carrinho para bagagem foi de um acompanhante que precisou deste serviço, pois estava com a bagagem dele e do paciente, tendo que andar pelo hospital para resolver situações burocráticas da internação do seu familiar. Este serviço também existe em ambientes hoteleiros, sendo constantemente utilizado por clientes que podem desocupar o apartamento, desde que possam armazenar suas bagagens neste depósito. Já quanto as revistas, existem alguns exemplares na sala de estar do andar.

A última categoria foi a de gastronomia, reunindo itens relativos à parte de alimentação dos acompanhantes. Novamente, ficou evidenciada a falta de opções gastronômicas, conforme abordado no item 3.2.1, serviço de nutrição e dietética. Outra sugestão foi a instalação de um setor de *room service* 24 horas, que resolveria basicamente as outras sugestões dos acompanhantes e aproximaria mais a um serviço hoteleiro.

Analisando as três categorias, pode-se afirmar que os acompanhantes consideram relevantes ao seu conforto e bem-estar os atributos que estão associados aos aspectos da unidade de internação. Este fato pode ser justificado pelo tempo que os acompanhantes passam no apartamento (tabela 12).

Tabela 12 - Tempo de permanência diário dos acompanhantes na unidade de internação

<b>Descrição</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
De 3 a 6 horas diárias	10	10,2%
De 6 a 9 horas diárias	4	4,1%
De 9 a 12 horas diárias	11	11,2%
Fica em período integral	72	73,5%
Não soube definir	1	1%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

A partir da tabela 12, é possível explicar por que os aspectos da unidade de internação recebeu a maior incidência de sugestões, pois 73,5% dos acompanhantes ficam em tempo integral com o paciente, razão pela qual gostariam de desfrutar de um pouco mais de conforto e bem-estar. Outra relação interessante diz respeito ao grau de parentesco do acompanhante com o paciente (tabela 13).

Tabela 13 - Relação do Grau de Parentesco x Tempo de Permanência com o Paciente

<b>Grau de Parentesco</b>	<b>Tempo de Permanência com o Paciente</b>					<b>Total</b>
	<b>De 3 a 6 horas diárias</b>	<b>De 6 a 9 horas diárias</b>	<b>De 9 a 12 horas diárias</b>	<b>Fica em período integral</b>	<b>Não soube definir</b>	
Enteado (a) e outros		1				<b>1</b>
Amigo (a)		2	1	2		<b>5</b>
Demais graus de parentesco direto	2		2	5		<b>9</b>
Avô (ó), Irmão (ã)			1	5		<b>6</b>
Pai/Mãe, filho(a), Esposo (a)	8	1	7	60	1	<b>77</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>72</b>	<b>1</b>	<b>98</b>

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 13, é possível afirmar que o tempo de permanência com o paciente está diretamente associado com o grau de parentesco primário (composto por pai, mãe, filho, filha, esposa ou esposo), pois 79% dos acompanhantes que ficam em tempo integral com o paciente estão classificados nesta categoria.

Ainda com relação ao nível de satisfação dos acompanhantes, houve 42 incidências destes que responderam “sem sugestões”. Faz-se importante ressaltar que foi perguntado na questão 22 dos acompanhantes, o que estes achariam que o hospital deveria disponibilizar como situações de conforto e bem-estar. A resposta comum entre estes 42 acompanhantes foi de que estavam plenamente confortáveis e não identificavam quaisquer situações relevantes ao seu conforto e bem-estar. Partindo desta afirmação, pode-se concluir que o Hospital Divina Providência atende a um dos vértices do modelo proposto de hotelaria hospitalar, disponibilizando estrutura e atendimento suficientes para proporcionar a acompanhantes situações de conforto durante a estada no hospital.

Diante do exposto, a direção, os gestores de área e a equipe de atendimento estão em consonância com a missão, os valores e princípios do hospital, pois os clientes de saúde percebem nitidamente que a humanização é constante neste ambiente hospitalar, seja pelas condições de estrutura que são disponibilizadas ou pelo atendimento acolhedor e hospitaleiro, semelhante aos serviços de hotelaria comercial.

### **3.5 Considerações sobre o perfil dos clientes de saúde, estrutura e atendimento.**

Neste item, serão levantadas algumas constatações sobre o perfil dos clientes de saúde, com as inter-relações das sub-variáveis estrutura e atendimento do Hospital Divina Providência.

#### **3.5.1 Perfil de pacientes e acompanhantes**

Um aspecto que pode ser considerado como desafio de uma empresa privada é conhecer o perfil do seu cliente, desde os dados demográficos até suas preferências. Na tabela 14, pode-se analisar o perfil dos clientes de saúde do Hospital Divina Providência, quanto à idade, sexo e região de origem.

Tabela 14 - Perfil dos pacientes pesquisados

Sexo dos Pacientes										
Masculino						Feminino				
Total	<b>31</b>					Total	<b>90</b>			
Regiões de Origem dos Pacientes						Regiões de Origem dos Pacientes				
Faixa Etária dos Pacientes	Porto Alegre	Região Metropolitana	Interior RS	Outras Cidades do Brasil	Total	Porto Alegre	Região Metropolitana	Interior RS	Outras Cidades do Brasil e Exterior	Total
até 34 anos			1		1	17	14	3	1	35
de 35 a 50 anos	2	1	1		4	16	4	8		28
de 51 a 65 anos	3	1	6	1	11	7	3	4	2	16
de 66 a 80 anos	7	1	7		15	6	1	2		9
acima de 81 anos								2		2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>90</b>

Fonte: o autor, 2008.

A primeira constatação significativa na tabela 14 é a proporção dos pacientes do sexo feminino sobre os de sexo masculino, sendo esta aproximadamente de 1 paciente do sexo masculino para cada 3 do sexo feminino. Esta relação será ampliada ainda neste capítulo. Outro aspecto a ser considerado é a faixa etária dos pacientes do Hospital Divina Providência. Diante da tabela 14, pode-se afirmar que o perfil dos pacientes entrevistados nesta pesquisa são do sexo feminino e relativamente jovens, com até 34 anos, correspondendo a 30% do total. Os pacientes com faixa etária entre 35 e 50 anos significaram 26% do total, sendo também do sexo feminino. Entretanto, é possível constatar que o perfil dos pacientes masculinos é de homens na faixa dos 51 aos 80 anos, que se originam do Interior do Rio Grande do Sul e que corresponde a 84% dos pacientes masculinos entrevistados.

Ainda na tabela 14, pode-se perceber que a maior incidência de pacientes do Hospital Divina Providência é oriunda de Porto Alegre, correspondendo a 48% do total dos pacientes entrevistados. Por outro lado, o interior do Rio Grande do Sul representou 28% dos pacientes, superando a Região Metropolitana de Porto Alegre em 7%. Os números da Região Metropolitana são mais significativos entre os pacientes do sexo feminino em relação aos pacientes masculinos (tabela 15).

Tabela 15 - Perfil dos pacientes femininos pesquisados

Feminino									
Regiões de Origem dos Pacientes									
Faixa Etária dos Pacientes	Porto Alegre			Região Metropolitana			Interior RS		
	Obstétrico	Cirúrgicos	Total	Obstétrico	Cirúrgicos	Total	Obstétrico	Cirúrgicos	Total
até 34 anos	15	2	17	14		14	2	1	3
de 35 a 50 anos	12	4	16	1	3	4	1	7	8
de 51 a 65 anos		7	7		3	3		4	4
de 66 a 80 anos		6	6		1	1		2	2
acima de 81 anos								2	2
Total	27	19	46	15	7	22	3	16	19

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 15, pode-se afirmar que os números da Região Metropolitana dos pacientes do sexo feminino, são explicados pelo elevado número de casos obstétricos das pacientes até 34 anos, concluindo que o fator localização do hospital passa a ser irrelevante para estas pacientes. Outro aspecto a ser observado está relacionado ao baixo número de internações do sexo feminino nos procedimentos cirúrgicos para Porto Alegre e Região Metropolitana, correspondendo a 21% e 29%, respectivamente, do total de pacientes entrevistados deste gênero. Diferentemente da Região Metropolitana e de Porto Alegre, os pacientes do gênero feminino oriundos do Interior do Rio Grande do Sul constituem número irrelevantes para casos obstétricos e significativos para casos cirúrgicos, o que permite concluir que o perfil destas pacientes é de mulheres na faixa etária entre 35 e 65 anos (significando 69% das internações), procurando o hospital para resolver seus problemas de saúde, através de intervenções cirúrgicas.

Além dos pacientes, também foram entrevistados 98 acompanhantes destes, os quais podem ter seu perfil descrito (tabela 16).

Tabela 16 - Perfil dos acompanhantes pesquisados

Faixas Etárias dos Acompanhantes	Sexo dos Acompanhantes															
	Masculino							Feminino								
	37															
Faixas Etárias dos Acompanhantes	Regiões de Origem dos Acompanhantes															
	Porto Alegre		Região Metropolitana		Interior RS		Outras Cidades do Brasil		Porto Alegre		Região Metropolitana		Interior RS		Outras cidades do Brasil	
	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Cirúrgico	
até 34 anos	9	3	5		1	2		1	3	1	5		4	1		
de 35 a 50 anos	7		2	1		2	1		5		1	2	3			
de 51 a 65 anos		1		1		1		2	6	2	2		12			
de 66 a 80 anos						1			5		2		4			
Total	16	4	7	2	1	6	1	3	18	3	10	2	23	1		

Fonte: o autor, 2008.

De acordo com a tabela 16, o sexo feminino foi preponderante sobre o masculino, respondendo por 62% entre os acompanhantes dos pacientes pesquisados no Hospital Divina Providência. Pode-se perceber que os acompanhantes do gênero feminino são principalmente da categoria cirúrgica, originadas do interior do Rio Grande do Sul e com idade entre 51 e 65 anos. Assim como as acompanhantes do gênero feminino do interior, as acompanhantes do sexo feminino de Porto Alegre também são maioria nas intervenções cirúrgicas frente às obstétricas. Há uma divisão equânime entre as faixas etária, embora a de maior incidência seja das acompanhantes na mesma faixa das acompanhantes do interior. Diferentemente do interior e de Porto Alegre, a Região Metropolitana apresenta como característica as acompanhantes com faixa etária até 34 anos.

Para que seja melhor analisado este perfil, faz necessário confrontar estas informações com o grau de parentesco dos acompanhantes face aos pacientes (tabela 17).

Tabela 17 - Perfil dos acompanhantes femininos pesquisados por Grau de Parentesco

		Sexo dos Acompanhantes								
		Feminino								
		Regiões de Origem dos Acompanhantes								
		Porto Alegre		Região Metropolitana		Interior RS		Outras Cidades do Brasil		
		Especialidade		Especialidade		Especialidade		Especialidade		
		Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Cirúrgico		
Faixas Etárias dos Acompanhantes	até 34 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)		1		1		1	1
			Pai/Mãe							
			Filho (a)		1		2		2	
			Outros parentes/amigos	1	1	1	2		1	
			<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>		<b>4</b>	<b>1</b>
	de 35 a 50 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)							
			Pai/Mãe					2		
			Filho (a)		4		1			
			Outros parentes/amigos						3	
			<b>Total</b>		<b>4</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
	de 51 a 65 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)		4		1		6	
			Pai/Mãe	3	1	2			1	
			Filho (a)				1		1	
			Outros parentes/amigos		1				4	
			<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>12</b>	
	de 66 a 80 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)		3		2		2	
Pai/Mãe				1						
Outros parentes/amigos				1				2		
<b>Total</b>				<b>5</b>		<b>2</b>		<b>4</b>		

Fonte: o autor, 2008.

Pelos dados constantes na tabela 17, percebe-se que o maior volume de acompanhantes femininos são relacionados aos procedimentos cirúrgicos, correspondendo a 87% dos acompanhantes deste gênero entrevistados.

Para os casos obstétricos, pode afirmar que o perfil deste acompanhante feminino é de mãe da parturiente, residente em Porto Alegre e/ou Região Metropolitana e com idade entre 51 e 65 anos.

Nos casos cirúrgicos, as esposas representam 42% de acompanhantes femininos, quase o dobro das filhas das acompanhantes. Nestes 42% das esposas, 50% possuem entre 51 e 65 anos, distribuídas entre Interior (55%), Porto Alegre (36%) e Região Metropolitana (9%). As filhas dos pacientes representam 23% dos acompanhantes, possuem como origem Porto Alegre, Região Metropolitana e também Interior do Rio Grande do Sul, apresentando a mesma incidência entre as

origens. É possível identificar que o perfil das filhas dos pacientes estão divididos uniformemente (42%) entre as faixas até 34 anos e de 35 a 50 anos, não ocorrendo incidências nas faixas etárias acima de 66 anos.

Diante dos números expostos na tabela 17, é possível afirmar que o perfil do acompanhante feminino entrevistado é constituído por mulheres do Interior do Rio Grande do Sul e com faixa etária entre 51 e 65 anos.

O perfil do acompanhante masculino, embora menor que o feminino, apresenta algumas características que podem ser analisadas e destacadas (tabela 18).

Tabela 18 - Perfil dos acompanhantes masculinos pesquisados por Grau de Parentesco

		Sexo dos Acompanhantes								
		Masculino								
		Regiões de Origem dos Acompanhantes								
		Porto Alegre		Região Metropolitana		Interior RS		Outras Cidades do Brasil		
		Especialidade		Especialidade		Especialidade		Especialidade		
		Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Obstétrico	Cirúrgicos	Cirúrgico		
Faixas Etárias dos Acompanhantes	até 34 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)	9		4		1	1	
			Pai/Mãe			1				
			Filho (a)		1					
			Outros parentes/amigos		2				1	
			<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	
	de 35 a 50 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)	7		2			2	
			Pai/Mãe							
			Filho (a)							1
			Outros parentes/amigos				1			
			<b>Total</b>	<b>7</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
	de 51 a 65 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)		1		1		1	
			Pai/Mãe							
			Filho (a)							
			Outros parentes/amigos							
			<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
	de 66 a 80 anos	Grau de Parentesco	Esposo(a)						1	
Pai/Mãe										
Outros parentes/amigos										
<b>Total</b>								<b>1</b>		

Fonte: o autor, 2008.

Em relação ao perfil do acompanhante dos pacientes masculinos, é possível concluir que estão presentes mais nos casos obstétricos aos casos cirúrgicos, pois dos 37 acompanhantes masculinos entrevistados, 24 (65%) acompanhantes eram

de pacientes obstétricos e 13 (35%) de pacientes cirúrgicos. Nos casos obstétricos, os acompanhantes masculinos são esposos na faixa etária até 34 anos em 58% dos casos e 38% na faixa etária entre 35 e 50 anos. Os 4% restantes, correspondem a um pai da paciente, que possui a mesma idade dos esposos (faixa dos 34 anos).

A partir dos números levantados na tabela 18, é possível afirmar que o perfil dos acompanhantes masculinos é constituído de homens até 34 anos, esposos e oriundos de Porto Alegre.

### 3.5.2 Estrutura

As sub-variáveis de estrutura são: a) ambiente físico; b) hierarquia; c) regras e políticas; e d) normas de procedimento. Estas sub-variáveis foram relacionadas com as questões dos questionários dos pacientes e acompanhantes.

#### 3.5.2.1 Pacientes

Neste sub-item, são analisadas as respostas dos pacientes em relação às sub-variáveis de estrutura (figura 26).

Sub-variável	Questão
Ambiente físico	13) Quanto ao espaço físico do apartamento, você considera que é : a) Grande e adequado; b) Adequado; c) Indiferente; d) Inadequado; e) Pequeno e inadequado.  14) Como você avalia as condições de conforto de seu acompanhante? a) Muito bom, está plenamente confortável; b) Bom, há condições de melhorar seu conforto com alterações no mobiliário do quarto; c) Indiferente, as condições de conforto são aceitáveis; d) Ruim, há poucas condições de conforto; e) Muito ruim, não há situações de conforto na atual estrutura.
Hierarquia	17) Você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital? a) Sim; b) Não. 17-A) Quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.
Regras políticas e	9) Quando um funcionário do hospital vem ao seu apartamento, ele bate na porta e pede licença para entrar? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.
Normas e procedimentos	16) Quanto à apresentação pessoal dos funcionários, estes estão uniformizados? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.

Figura 26: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos pacientes

Fonte: o autor, 2008.

Os resultados destas questões foram dispostos em tabelas, individualmente, para análise pelos pacientes das condições de estrutura, iniciando pelas questões relacionadas à sub-variável ambiente físico (tabela 19).

Tabela 19 - Dimensões do apartamento

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Pequeno e Inadequado	1	1%
Inadequado	1	1%
Indiferente	1	1%
Adequado	86	71%
Grande e Adequado	32	26%
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

A tabela 19 mostra que 71% (86 casos) dos pacientes consideram as dimensões da unidade de internação privativa como adequadas e 26% (32 casos) acham que esta é grande e adequada. Percebe-se que o índice de satisfação com as dimensões do apartamento é plenamente satisfatório entre os pacientes, pois os índices de descontentamentos (Inadequado, Pequeno e Inadequado) é pífio frente aos de satisfação.

Associada as dimensões do apartamento, as condições de conforto do acompanhante foram analisadas pelos pacientes (tabela 20).

Tabela 20 - Condições de conforto do acompanhante

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Muito ruim, não há situações de conforto na atual estrutura.	1	1%
Ruim, há poucas condições de conforto;	3	2%
Indiferente, as condições de conforto são aceitáveis;	14	12%
Bom, há condições de melhorar seu conforto com alterações no mobiliário do quarto;	48	40%
Muito bom, está plenamente confortável;	55	45%
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

Através da tabela 20, é possível afirmar que 45% (55 casos) dos pacientes consideram que seus acompanhantes estão plenamente confortáveis. Entretanto, 40% (48 casos) dos pacientes acreditam que há condições de melhorar o conforto no apartamento, alterando o mobiliário e segundo os acompanhantes, disponibilizando uma cama melhor. Para 12% (14 casos) dos pacientes, as condições de conforto dos acompanhantes são aceitáveis, pois como alguns pacientes definiram, “eles estão aqui temporariamente”.

Diante dos números levantados, pode-se afirmar que a sub-variável ambiente físico é percebida e bem avaliada pelos pacientes do Hospital Divina Providência.

A segunda sub-variável a ser analisada é relacionada à hierarquia e a verificação do nível de autonomia dos funcionários do hospital (tabela 21)

Tabela 21 - Problemas a resolver

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Sim	75	62
Não	46	38
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Para 38% (46 casos) dos pacientes a internação transcorreu sem nenhum problema. Entretanto, para 62% (75 casos) dos pacientes houve algum problema a ser resolvido pela equipe de atendimento do hospital, sendo perguntado “se os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente”. Esta agilidade para solucioná-los pode ser constatado na tabela 22.

Tabela 22 - Agilidade na solução dos problemas

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Nunca	1	1
Quase Nunca	1	1
Às Vezes	5	7
Quase Sempre	15	20
Sempre	53	71
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Os números dispostos na tabela 22 mostram que 71% (53 casos) dos pacientes tiveram seus problemas solucionados imediatamente após relatados e que em 20% (15 casos) das vezes que houveram problemas, os funcionários levaram mais tempo para resolvê-los.

Assim sendo, pode-se concluir que os funcionários possuem autonomia para a solução de problemas que estejam em sua alçada e que respeitam as linhas hierárquicas, levando os problemas aos quais não tem autonomia para resolver às suas chefias.

A terceira sub-variável é relacionada às regras e políticas do hospital, avaliando as regras de convivência no ambiente hospitalar. Para tal, foi questionado aos pacientes: “Quando um funcionário do hospital vem ao seu apartamento, ele bate na porta e pede licença para entrar?”. Esta situação mostra o grau de respeito pela individualidade e privacidade dos pacientes e seus acompanhantes. Os dados resultantes desta pergunta foram dispostos na tabela 23.

Tabela 23 - Respeito ao paciente

<b>Descrição</b>	<b>Freqüências</b>	<b>%</b>
Nunca	1	1
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	2	2
Quase Sempre	11	9
Sempre	107	88
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Em 107 casos (88%), os funcionários sempre batem na porta e pedem licença antes de entrar no apartamento. Entretanto, em 11 casos (9%) os profissionais do hospital ou esqueceram de bater na porta ou de pedir licença. Segundo estes pacientes, estes casos somente ocorrem durante o turno da madrugada, pois nos demais turnos sempre pede-se licença ao entrar, batendo na porta antes.

Considerando as informações da tabela 23, pode-se concluir que os pacientes percebem o respeito que os funcionários possuem em relação a privacidade, podendo esta sub-variável ser significativa na avaliação dos serviços do hospital.

A última sub-variável relacionada aos pacientes é a que rege as normas e procedimentos. A questão vinculada nesta sub-variável foi associada a freqüência de utilização de uniformes pelo quadro de funcionários que atendem diretamente aos pacientes (tabela 24).

Tabela 24 - Funcionários uniformizados

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Nunca	0	0
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	0	0
Quase Sempre	1	1
Sempre	120	99
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 24, é possível afirmar que 99% (120 casos) dos pacientes perceberam que os funcionários realizaram atendimentos uniformizados.

Assim sendo, percebe-se que nesta sub-variável as regras e procedimentos do hospital são plenamente respeitados pelos funcionários.

### 3.5.2.1 Acompanhantes

Neste sub-item, serão analisadas as respostas dos acompanhantes em relação às sub-variáveis de estrutura (figura 27).

Sub-variável	Questão
Ambiente físico de trabalho	<p>8) Como você avalia a sinalização do hospital?</p> <p>a) Muito boa, é possível chegar ao apartamento apenas com as orientações existentes;</p> <p>b) Boa, embora o tamanho das placas seja pequena;</p> <p>c) Indiferente, não precisei de sinalização para chegar ao quarto.</p> <p>d) Ruim, precisa ter atenção para não se perder;</p> <p>e) Muito ruim, falta sinalização e sem perguntar a um funcionário, dificilmente encontra o apartamento.</p> <p>13) Quanto ao espaço físico do apartamento, você considera que é :</p> <p>a) Grande e adequado;</p> <p>b) Adequado;</p> <p>c) Indiferente;</p> <p>d) Inadequado;</p> <p>e) Pequeno e inadequado.</p> <p>14) Como você avalia as condições de conforto de seu acompanhante?</p> <p>a) Muito bom, está plenamente confortável;</p> <p>b) Bom, há condições de melhorar seu conforto com alterações no mobiliário do quarto;</p> <p>c) Indiferente, as condições de conforto são aceitáveis;</p> <p>d) Ruim, há poucas condições de conforto;</p> <p>e) Muito ruim, não há situações de conforto na atual estrutura.</p>
Hierarquia	<p>17) Você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital?</p> <p>a) Sim;</p> <p>b) Não.</p> <p>17-A) Quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente?</p> <p>a) Sempre;</p> <p>b) Quase sempre;</p> <p>c) Às vezes;</p> <p>d) Quase nunca;</p> <p>e) Nunca.</p>
Regras políticas	<p>9) Quando um funcionário do hospital vem ao seu apartamento, ele bate na porta e pede licença para entrar?</p> <p>a) Sempre;</p> <p>b) Quase sempre;</p> <p>c) Às vezes;</p> <p>d) Quase nunca;</p> <p>e) Nunca.</p>
Normas e procedimentos	<p>16) Quanto à apresentação pessoal dos funcionários, estes estão uniformizados?</p> <p>a) Sempre;</p> <p>b) Quase sempre;</p> <p>c) Às vezes;</p> <p>d) Quase nunca;</p> <p>e) Nunca.</p>

Figura 27: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos acompanhantes  
Fonte: o autor, 2008.

Os resultados destas questões foram dispostos em tabelas, individualmente, para análise dos acompanhantes das condições de estrutura, iniciando pelas questões relacionadas à sub-variável ambiente físico (tabela 25).

Tabela 25 - Qualidade da sinalização interna do hospital

<b>Descrição</b>	<b>Freqüências</b>	<b>%</b>
Muito Ruim, falta sinalização e sem ajuda não acha o apto	1	1
Ruim, precisa ter atenção para não se perder	4	4
Indiferente, não precisou de sinalização para chegar ao apto	7	7
Boa, embora o tamanho das placas seja pequeno	10	10
Muito Boa, chega-se ao Apto com as orientações existentes	76	78
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

A sinalização interna faz parte da estrutura do ambiente físico, possibilitando aos acompanhante e visitantes a se locomoverem dentro do hospital. Através da tabela 25, pode-se afirmar que 78% (76 casos) dos acompanhantes avaliaram a sinalização interna como muito boa, conseguindo chegar ao apartamento de seu paciente somente com as informações existentes. Para 10% dos acompanhantes (10 casos) há indicação ao hospital no sentido de ter mais atenção quanto ao tamanho das placas, porém, 7% (7 casos) dos acompanhantes informaram que não precisaram utilizar a sinalização do hospital, seja por ter acompanhado a internação do paciente e um funcionário do hospital os levou até a unidade de internação, seja por já conhecer o hospital de outras internações.

As dimensões do apartamento também compõem a sub-variável ambiente físico e os dados obtidos no questionário estão dispostos na tabela 26.

Tabela 26 - Dimensões do apartamento

<b>Descrição</b>	<b>Freqüências</b>	<b>%</b>
Pequeno e Inadequado	0	0
Inadequado	1	1
Indiferente	3	3
Adequado	63	64
Grande e Adequado	31	32
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Para 64% (64 casos) dos acompanhantes as dimensões do apartamento são adequadas e para 32% (31 casos) o apartamento é grande e adequado. Nenhum dos acompanhantes considerou o apartamento pequeno e adequado.

As condições de conforto do acompanhante também foram avaliadas (tabela 27).

Tabela 27 - Condições de conforto do acompanhante

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Muito Ruim, não há condições de conforto na atual estrutura	0	0
Ruim, há poucas condições de conforto	1	1
Indiferente, as condições de conforto são aceitáveis	5	5
Bom,mas pode melhorar o conforto c/ alterações no mobiliário	39	40
Muito Bom, plenamente confortável	53	54
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 27, pode-se afirmar que 54% (53 casos) dos acompanhantes estão plenamente confortáveis. Porém, para 40% (39 casos) dos acompanhantes, o conforto é bom, podendo ser melhorado com mudanças nos móveis. Neste ponto, tanto paciente e acompanhantes têm a mesma percepção de conforto, se igualando no mesmo percentual (40%) de avaliação. Todavia, as diferenças mais significativas de percepção de conforto estão na avaliação “muito bom”, pois os acompanhantes consideram que estão mais confortáveis (54%) que os pacientes podem perceber (45%).

Assim sendo, considerando as análises relacionadas à sub-variável de ambiente físico, é possível concluir que os acompanhantes, tal qual os pacientes, percebem as condições de estrutura e as avaliam satisfatoriamente.

A segunda sub-variável é sobre a hierarquia, verificando a percepção dos acompanhantes quanto à autonomia dos funcionários para a solução dos problemas ocorridos durante a internação do paciente. Estes dados estão dispostos na tabela 28.

Tabela 28 - Existência de problemas a resolver

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Sim	57	58
Não	41	42
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Conforme a tabela 28, 58% (57 casos) dos acompanhantes tiveram algum tipo de problema a ser resolvido pela equipe de atendimento do hospital e 42% não relatou qualquer problema. Para os acompanhantes que tiveram problemas, foi perguntado “se os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente”. As respostas que avaliam o grau de agilidade dos funcionários foram dispostas na tabela 29.

Tabela 29 - Agilidade na solução de problemas

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Nunca	0	0
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	5	9
Quase Sempre	9	16
Sempre	43	75
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Para 75% (43 casos) dos acompanhantes, os funcionários sempre resolveram o problema de maneira imediata, porém, para 16% (9 casos) as situações problemáticas levaram um pouco mais de tempo a ser resolvida.

Assim como avaliado pelos pacientes, os acompanhantes também percebem certo grau de autonomia entre os funcionários e acreditam que se houve demora na solução do problema, foi por motivos que o funcionário não poderia resolver sozinho, necessitando da intervenção da chefia. Desta forma, pode-se afirmar que as linhas hierárquicas também foram identificadas pelos acompanhantes.

A terceira sub-variável de estrutura é relativa às regras e políticas do hospital. Para tal, também foi questionado aos acompanhantes: “Quando um funcionário do hospital vem ao seu apartamento, ele bate na porta e pede licença para entrar?”. Como visto anteriormente, esta situação mostra o grau de respeito pela individualidade e privacidade dos pacientes e seus acompanhantes. Os dados resultantes desta pergunta foram dispostos na tabela 30.

Tabela 30 - Respeito a privacidade dos pacientes, analisado pelos acompanhantes

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Nunca	1	1
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	0	0
Quase Sempre	7	7
Sempre	90	92
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

A evolução da avaliação entre pacientes e acompanhante é similar, embora em números percentuais os acompanhantes foram mais expressivos, atingindo 99% ao agregar às categorias “sempre” e “quase sempre”, além das avaliações dos acompanhantes citarem apenas três categorias.

Considerando as informações das tabelas 23 e 28, pode-se concluir que o Hospital Divina Providência adota o respeito ao paciente e acompanhante como alicerce das relações de convivência no ambiente hospitalar, podendo esta sub-variável contribuir significativamente na avaliação dos serviços do hospital.

A última sub-variável de estrutura aos acompanhantes é relacionada às normas e procedimentos. A questão vinculada nesta sub-variável foi associada à frequência de utilização de uniformes pelo quadro de funcionários que atendem diretamente aos pacientes.

Para 100% dos acompanhantes os funcionários realizaram atendimentos uniformizados.

Assim sendo, percebe-se que tanto pacientes quanto acompanhantes perceberam que esta sub-variável é plenamente respeitada pelos funcionários.

### 3.5.3 Atendimento

As questões relacionadas à sub-variável de atendimento foram levantadas nos setores de internação, no serviço de nutrição e dietética, higienização e enfermagem.

#### 3.5.3.1 Pacientes

Neste sub-item, serão analisadas as respostas dos pacientes em relação às sub-variáveis de atendimento dos setores de internação, serviço de nutrição e dietética, higienização e enfermagem (figura 28).

Sub-variável	Questão
Internação	7) Quanto tempo levou seu processo de internação? a) Menos de 15 minutos; b) Entre 15 e 30 minutos; c) Mais de 30 minutos; d) Não tenho idéia.
	8) No momento de sua internação, você ficou conhecendo as normas e procedimentos gerais do hospital? a) Sim b) Não
Serviço de Nutrição e Dietética	11) Com relação a sua alimentação, sua refeição chega na temperatura ideal para o consumo? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.
	12) Suas preferências alimentares são consideradas ao servirem sua refeição? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.
Higienização	15) Em relação à limpeza do apartamento, você considera que está: a) Muito bom, plenamente limpo; b) Bom, percebe-se que está limpo; c) Indiferente; d) Ruim, alguns aspectos deixam a desejar; e) Muito ruim, a limpeza é deficiente.
Enfermagem	17) Você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital? a) Sim; b) Não.
	17-a) Quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.

Figura 28: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos pacientes  
Fonte: o autor, 2008.

Os resultados destas questões foram dispostos em tabelas, individualmente, para análise pelos pacientes das condições de atendimento, iniciando pelas questões relacionadas à sub-variável internação (tabela 31).

Tabela 31 - Tempo despendido na Internação

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Não tenho Idéia	7	6
Mais de 30 minutos	19	16
Entre 15 e 30 minutos	48	40
Menos de 15 minutos	47	39
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 31, os pacientes levam no máximo 30 minutos (79%) para realizar seus procedimentos de internação, considerando o atendimento neste setor relativamente ágil. Apenas 16% (19 casos) dos pacientes precisaram mais de 30 minutos para realizar sua internação.

Outro procedimento analisado relacionado com o atendimento foram as informações sobre as normas e procedimentos do hospital (tabela 32).

Tabela 32 - Conhecimento de normas e procedimentos

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Sim	92	76
Não	29	24
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Para 76% (92 casos) dos pacientes foram explicados as normas e procedimentos do hospital, sendo que 24% (29 casos) destes não receberam estas informações.

Diante das tabelas expostas, pode-se dizer que o atendimento no setor de internação é satisfatório, sendo ágil para os procedimentos de internação e informando aos pacientes sobre as normas e procedimentos do hospital.

A segunda sub-variável analisada é relacionada ao atendimento do serviço de nutrição e dietética (SND), através das tabelas 33 e 34.

Tabela 33 - Refeições na temperatura ideal para o consumo

<b>Descrição</b>	<b>Freqüências</b>	<b>%</b>
Nunca	1	1
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	4	3
Quase Sempre	14	12
Sempre	102	84
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Conforme a tabela 33, 84% (102 casos) dos pacientes informaram que sempre receberam suas refeições em temperatura ideal para consumo, porém, para 12% (14 casos) dos pacientes, nem sempre ocorreu esta situação.

Outro item questionado foi referente ao respeito das preferências alimentares dos pacientes (tabela 34).

Tabela 34 - Respeito às preferências alimentares dos pacientes

<b>Descrição</b>	<b>Freqüências</b>	<b>%</b>
Nunca	5	4
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	2	2
Quase Sempre	13	11
Sempre	101	83
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Através dos dados contidos na tabela 34, pode-se afirmar que as preferências alimentares de 83% (101 casos) dos pacientes são sempre respeitadas e que em apenas 4% (5 casos) destes não.

Assim sendo, pode-se dizer que a sub-variável atendimento no SND é percebida como eficaz nos seus objetivos, servindo as refeições na temperatura ideal para consumo e também respeitando as preferências alimentares dos pacientes.

A terceira sub-variável de atendimento é sobre o setor de higienização (tabela 35)

Tabela 35 - Respeito às preferências alimentares dos pacientes

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Muito ruim, a limpeza é deficiente	1	1
Ruim, alguns aspectos deixam a desejar	5	4
Indiferente	1	1
Bom, percebe-se que está limpo	27	22
Muito bom, plenamente Limpo	87	72
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Segundo a tabela 35, 72% (87 casos) dos pacientes consideram que a higienização do apartamento é muito boa, estando plenamente limpo. Todavia, para 22% (27 casos) dos pacientes, foi percebido que o apartamento está limpo.

Assim sendo, pode-se dizer que o atendimento do setor de higienização é satisfatório aos pacientes, atingindo o objetivo de manter as instalações em condições de higiene e conforto.

A última sub-variável de atendimento é relacionada ao setor de enfermagem. Para tal, optou-se por analisar a questão envolvendo a solução de problemas, pelo fato de que a enfermagem está em contato direto com os pacientes. Os números resultantes deste questionamento foram dispostos nas tabelas 36 e 37.

Tabela 36 - Problemas a resolver

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Sim	75	62
Não	46	38
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Considerando os dados levantados na tabela 36, percebe-se que 62% (75 casos) dos pacientes tiveram algum tipo de problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital e que 38% (46 casos) não tiveram.

Entre estes pacientes com problemas a resolver, foi perguntado se os funcionários resolviam os problemas imediatamente (tabela 37).

Tabela 37 - Agilidade na solução de problemas

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Nunca	1	1
Quase Nunca	1	1
Às Vezes	5	7
Quase Sempre	15	20
Sempre	53	71
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Para 71% (53 casos) dos pacientes, os funcionários sempre resolveram os problemas imediatamente, mas para 20% (15 casos) nem sempre havia esta agilidade.

Concluindo este item, é possível afirmar que as sub-variáveis de atendimento nos setores de internação, SND, higienização e enfermagem são plenamente percebidas pelos pacientes, os quais avaliaram positivamente estes setores, podendo, desta forma, interferir na escolha do paciente por um hospital.

### 3.5.3.2 Acompanhantes

Neste sub-item, serão analisadas as respostas dos pacientes em relação às sub-variáveis de atendimento dos setores de internação, serviço de nutrição e dietética, higienização e enfermagem (figura 29).

Sub-variável	Questão
Internação	6) Você acompanhou o processo de internação do paciente? a) Sim b) Não
	7) Quanto tempo levou seu processo de internação? a) Menos de 15 minutos; b) Entre 15 e 30 minutos; c) Mais de 30 minutos; d) Não tenho idéia. e) Não acompanhou o processo.
Serviço de Nutrição e Dietética	11) Com relação a sua alimentação, sua refeição chega na temperatura ideal para o consumo? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.
	12) Suas preferências alimentares são consideradas ao servirem sua refeição? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.
Higienização	15) Em relação à limpeza do apartamento, você considera que está: a) Muito bom, plenamente limpo; b) Bom, percebe-se que está limpo; c) Indiferente; d) Ruim, alguns aspectos deixam a desejar; e) Muito ruim, a limpeza é deficiente.
Enfermagem	17) Você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital? a) Sim; b) Não.
	17-a) Quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente? a) Sempre; b) Quase sempre; c) Às vezes; d) Quase nunca; e) Nunca.

Figura 29: Sub-variáveis x perguntas do questionário aos acompanhantes

Fonte: o autor, 2008.

Os resultados destas questões foram dispostos em tabelas, individualmente, para análise pelos acompanhantes das condições de atendimento, iniciando pelas questões relacionadas à sub-variável internação (tabelas 38 e 39).

Tabela 38 - Acompanhamento do processo de internação.

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Sim	84	86
Não	14	14
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Conforme a tabela 38, 86% (84 casos) dos acompanhantes estiveram presentes no momento da internação do paciente, enquanto que para 14% (14 casos) dos acompanhantes esta situação não foi possível. Entre os acompanhantes que presenciaram a internação, foi questionado quanto ao tempo despendido no processo de internação (tabela 39).

Tabela 39 - Tempo despendido na internação.

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Não acompanhei o processo	14	14
Mais de 30 minutos	11	11
Entre 15 e 30 minutos	39	40
Menos de 15 minutos	34	35
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Assim como os pacientes, os acompanhantes tiveram praticamente a mesma percepção do tempo do processo de internação, pois 75% (73 casos) dos acompanhantes revelaram que foram atendidos em até 30 minutos.

A segunda sub-variável de atendimento analisada é relativa ao atendimento do serviço de nutrição e dietética (SND), sendo que os dados inerentes às avaliações pelos acompanhantes estão dispostos nas tabelas 40 e 41.

Tabela 40 - Temperatura da refeição do acompanhante.

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Não fez refeições	43	44
Nunca	1	1
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	1	1
Quase Sempre	3	3
Sempre	50	51
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Os dados relativos as refeições dos acompanhantes apresentam uma clara divisão entre os que não realizaram refeições no hospital (44%) e os que realizaram

(56%). As motivações dos acompanhantes que optaram por não fazer refeições no hospital foram analisadas no item 3.2.1. Para 51% (50 casos) dos acompanhantes que realizaram refeições no hospital, a temperatura era ideal para o consumo.

Outro aspecto relacionado a esta sub-variável é sobre o respeito às preferências alimentares dos acompanhantes (tabela 41).

Tabela 41 - Respeito às preferências alimentares dos acompanhantes.

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Não fez refeições	43	44
Nunca	8	8
Quase Nunca	1	1
Às Vezes	2	2
Quase Sempre	1	1
Sempre	43	44
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

A divisão anteriormente mencionada também ocorre neste quesito, porém, percebe-se alterações significativas nos dados, pois 8% (8 casos) dos acompanhantes não sentiram-se respeitados nas suas preferências alimentares, em relação aos pacientes (4%). Entretanto, ainda prepondera o nível de satisfação dos acompanhantes, pois 44% (43 casos) responderam que sempre têm suas preferências alimentares respeitadas pelo SND.

A terceira sub-variável analisada é o atendimento da higienização (tabela 42).

Tabela 42 - Considerações sobre a limpeza do apartamento

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Muito ruim, a limpeza é deficiente	0	0
Ruim, alguns aspectos deixam a desejar	6	6
Indiferente	2	2
Bom, percebe-se que está limpo	16	16
Muito bom, plenamente Limpo	74	76
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Conforme os dados da tabela 42, nenhum dos acompanhantes considerou que a limpeza fosse deficiente, mas 76% (74 casos) destes avaliaram que o apartamento estava plenamente limpo, enquanto que 16% (16 casos) informaram que a limpeza era boa, perceptível o nível de limpeza.

Desta forma, tanto acompanhantes quanto pacientes destacam que o setor de higienização cumpre seu objetivo, disponibilizando conforto e bem-estar através da qualidade e intensidade da limpeza realizada no apartamento.

A última sub-variável analisada pelos acompanhantes foi o atendimento do setor de enfermagem, utilizando os mesmos critérios aplicados ao questionário realizado para os pacientes quanto a solução de problemas (tabelas 43 e 44).

Tabela 43 - Problemas a resolver (acompanhantes)

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Sim	57	58
Não	41	42
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

Em comparação com os números obtidos nos questionários dos pacientes, pode-se dizer que os acompanhantes não tiveram tantos problemas a serem resolvidos, mas 58% (57 casos) destes necessitaram que fosse resolvida alguma situação. Diante disto, foi questionado se os funcionários solucionavam os problemas imediatamente (tabela 44).

Tabela 44 - Considerações sobre a limpeza do apartamento

<b>Descrição</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Nunca	0	0
Quase Nunca	0	0
Às Vezes	5	9
Quase Sempre	9	16
Sempre	43	75
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Fonte: o autor, 2008.

A percepção dos acompanhantes é praticamente igual ao dos pacientes neste aspecto, pois em 75% (43 casos) os problemas sempre foram resolvidos imediatamente e em 16% (9 casos) das situações, houve uma certa demora na solução do problema.

Portanto, tanto acompanhantes quanto pacientes percebem que o setor de enfermagem possui agilidade no atendimento.

### 3.5.4. Avaliações sobre o Serviço do Hospital

Neste item foram analisadas as relações entre as avaliações dos pacientes e acompanhantes sobre os serviços do Hospital Divina Providência, as categorias (obstétricos ou cirúrgicos), além da influência do tempo de permanência do acompanhante na avaliação.

A primeira análise realizada foi entre a avaliação dos serviços do hospital em relação à faixa etária dos pacientes e a categoria dos procedimentos, seja intervenção cirúrgica ou obstétrica (tabela 45).

Tabela 45 - Avaliação dos serviços pelos pacientes x faixa etária x categoria

Faixas Etárias dos Pacientes	Cirúrgicos e Obstétricos					
	Obstétricos			Cirúrgicos		
	Avaliação dos Serviços			Avaliação dos Serviços		
	Indiferente, atende a finalidade de um hospital	Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes	Muito bom, recomendando a amigos e familiares	Indiferente, atende a finalidade de um hospital	Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes	Muito bom, recomendando a amigos e familiares
até 34 anos		7	25		2	2
de 35 a 50 anos		5	9		2	16
de 51 a 65 anos					4	22
de 66 a 80 anos				2	8	15
acima de 81 anos						2
Total		12	34	2	16	57

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 45, é possível afirmar que das 46 pacientes obstétricas entrevistadas, 34 (74%) consideraram o serviço do hospital como muito bom, recomendando este serviço a amigos e familiares. Apenas 12 (26%) pacientes classificaram os serviços como bom, identificando que há possibilidade de melhorias observando pequenos detalhes. Dentre os pacientes que avaliaram como muito bom os serviços, percebe-se que o número tornou-se mais relevante entre as parturientes dentro da faixa etária até 34 anos (25 incidências - 73%) em relação às parturientes da faixa entre 35 e 50 anos (9 incidências - 27%). Nenhuma das pacientes obstétricas avaliou o serviço como indiferente.

Entre os pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos, 76% (57) dos pacientes classificaram os serviços do Hospital Divina Providência como muito bom,

21% (16) consideraram bom e apenas 3%(2) como indiferente. A maior incidência da categoria “muito bom” ocorreu na faixa etária entre 51 e 65 anos, correspondendo a 39% (22) dos pacientes e a menor incidência aconteceu em quatro casos (8%), sendo dois (4%) na faixa etária até 34 anos e dois (4%) entre pacientes acima de 81 anos. Os pacientes entre 66 e 80 anos foram os que mais avaliaram os serviços como bom, correspondendo a 50% (8) do total das respostas nesta categoria. Apenas um paciente considerou os serviços do hospital como indiferente.

Além dos pacientes, os 98 acompanhantes entrevistados também avaliaram os serviços do hospital. Um aspecto relevante para compreender esta avaliação, pode estar associada ao tempo de permanência do acompanhante com o paciente (tabela 46).

Tabela 46 - Avaliação dos serviços pelos acompanhantes x faixa etária x categoria x tempo de permanência.

Faixas Etárias dos Acompanhantes	Tempo de Permanência com o Paciente	Especialidade					
		Obstétricos			Cirúrgicos		
		Avaliação dos Serviços			Avaliação dos Serviços		
		Indiferente, atende a finalidade de um hospital	Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes	Muito bom, recomendando a amigos e familiares	Indiferente, atende a finalidade de um hospital	Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes	Muito bom, recomendando a amigos e familiares
até 34 anos	Integral		3	<b>9</b>		2	<b>9</b>
	Não Integral		1	4		2	5
de 35 a 50 anos	Integral		1	<b>7</b>	1	3	<b>6</b>
	Não Integral		2	1			2
de 51 a 65 anos	Integral			<b>1</b>		5	<b>14</b>
	Não Integral		2	2			4
de 66 a 80 anos	Integral				1	1	<b>9</b>
	Não Integral					1	
Total		0	9	24	2	14	49

Fonte: o autor, 2008.

Faz-se importante justificar que foi considerado como “integral” aquele acompanhante que estava 24 horas por dia na unidade de internação, estando praticamente internado com o paciente. Os demais acompanhantes que passavam apenas algumas horas com o paciente, foram classificados como “não integral”. A tabela 46 mostra que 73% (72) dos 98 acompanhantes entrevistados ficam em tempo integral e 27% (26) não. Entre os acompanhantes que ficam em tempo integral, 76% (55), consideraram os serviços do Hospital Divina Providência como

“muito bom”, 21% (15) dos acompanhantes classificaram como “bom” e apenas 3% (2) acreditam que o serviço é indiferente, apenas atendendo a finalidade de um hospital.

Em relação aos acompanhantes que ficam em tempo integral com os pacientes e que classificaram o serviço como “muito bom”, pode-se afirmar que estes possuem até 34 anos, ao se somar os acompanhantes das categorias obstétricos e cirúrgicos. Entretanto, se for considerado a faixa etária de maior incidência, 14 (25%) dos acompanhantes integrais com idades entre 51 e 65 anos, que tiveram seus pacientes utilizando os procedimentos cirúrgicos, avaliaram o hospital como muito bom. Entre os acompanhantes integrais dos procedimentos obstétricos, a faixa etária reduz para até 34 anos, sendo que 9 (16%) destes responderam que o serviço é muito bom.

Diante do exposto, parte-se do pressuposto que quanto mais tempo que o acompanhante do paciente fica em contato com a estrutura e o atendimento do hospital, melhor qualificado fica para avaliar os serviços disponibilizados. No Hospital Divina Providência, foi possível perceber esta relação após a análise das respostas dos acompanhantes em tempo integral, ressaltando que o índice de satisfação dos mesmos é elevado (76%).

Outro fator analisado foi relativo ao grau de interferência dos acompanhantes na escolha de um hospital pelo paciente (figura 30).

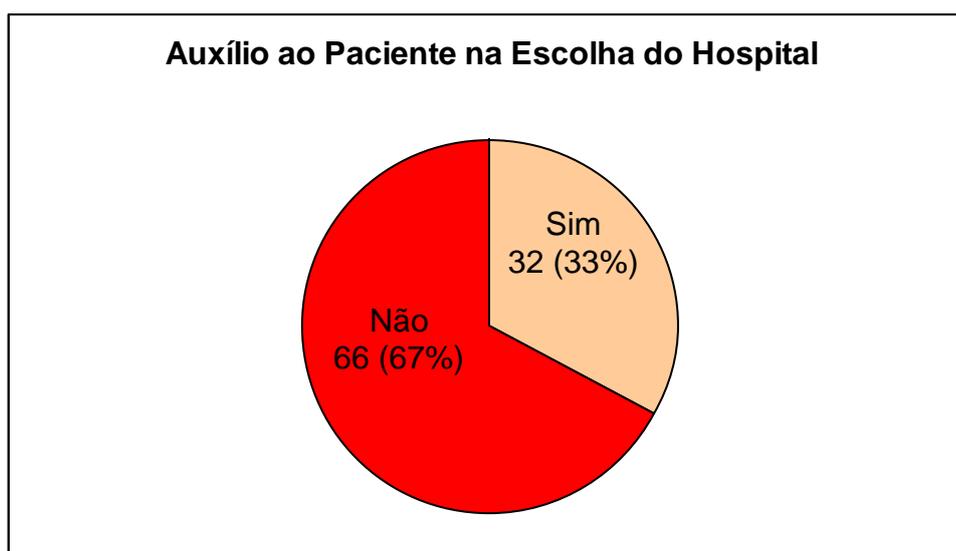


Figura 30: Auxílio ao paciente na escolha do hospital  
Fonte: o autor, 2008.

Os números da figura 30 mostram que, entre os 98 acompanhantes entrevistados, 67% (66) destes não auxiliaram o paciente na escolha do hospital e também que 33% (32) participaram do processo de escolha.

Os números relativos aos acompanhantes que auxiliaram na escolha do hospital foram dispostos na tabela 47, identificando o grau de parentesco e também sobre os conhecimentos de hotelaria hospitalar.

Tabela 47 - Acompanhantes que auxiliaram ao paciente na escolha do hospital

Acompanhantes que auxiliaram na escolha do paciente pelo hospital									
Tipo de relação com o Paciente									
Fatores que Interferiram na Escolha do Hospital	Esposo(a)		Pai/Mãe		Filho (a)		Outros parentes/amigos		Total
	Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Recomendação de familiares e amigos		2		1					3
Influência do Médico	5	5		1	1			1	13
Cobertura do Convênio	2	1							3
Qualidade dos Serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem	6	3	1				1		11
Imagem e Prestígio da Instituição									0
Outros Motivos	1			1					2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>32</b>

Fonte: o autor, 2008.

Através da tabela 47, é possível afirmar que a (o) esposa (o) interfere intensamente junto ao paciente, pois representaram 78% (25) dos acompanhantes que auxiliaram o paciente na escolha do hospital.

Nos fatores que interferiram na escolha do hospital, percebe-se um empate técnico entre a influência do médico (13) e a qualidade dos serviços do hospital (11), representando, respectivamente, 41% e 34% entre os acompanhantes que participaram da escolha do hospital. Em contrapartida, os acompanhantes e pacientes não consideraram a imagem e o prestígio da instituição como um fator capaz de interferir na escolha do hospital.

Outro aspecto relevante mostrado na tabela 47 é sobre os conhecimentos de hotelaria hospitalar, pois 53% (17) dos acompanhantes informaram que já haviam ouvido falar neste tema, enquanto que 47% (15) acompanhantes não tinham conhecimentos sobre hotelaria hospitalar. Sobre este aspecto, pode-se afirmar que

estes conceitos ainda não são muito claros aos clientes, porque os números levantados são relativamente próximos. Entre os acompanhantes que consideraram a influência do médico como determinante na escolha do hospital, sete não conheciam hotelaria hospitalar e seis tinham conhecimento sobre o tema. Nos acompanhantes que elegeram a qualidade dos serviços do hospital como determinante na escolha, oito sabiam conheciam hotelaria hospitalar e apenas três não sabiam do que se tratava. Ao analisar estes dois casos, pode-se concluir que os acompanhantes que auxiliam os pacientes a optarem por escolher o hospital que oferece qualidade em seus serviços, realmente têm conhecimento sobre hotelaria hospitalar. Entretanto, a influência do médico ainda é preponderante sobre a qualidade dos serviços, embora esta última seja relativamente significativa.

Assim como os acompanhantes que auxiliaram na escolha do hospital, há os números dos acompanhantes que não auxiliaram, e as relações entre o grau de parentesco e conhecimentos em hotelaria hospitalar, que foram dispostas na tabela 48.

Tabela 48 - Acompanhantes que auxiliaram ao paciente na escolha do hospital

Acompanhantes que <b>não</b> tiveram interferência na escolha do paciente pelo hospital									
Tipo de relação com o Paciente									
	Esposo(a)		Pai/Mãe		Filho (a)		Outros parentes/amigos		Total
	Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		Conhecimentos sobre Hotelaria Hospitalar		
Fatores que Interferiram na Escolha do Hospital	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Recomendação de familiares e amigos		2			1	2	1	1	7
Influência do Médico	6	5		2	2	4	7	6	32
Cobertura do Convênio	1	5	1	1			1		9
Qualidade dos Serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem		3	2			2		1	8
Imagem e Prestígio da Instituição	2	1				1	1		5
Outros Motivos	1	1					3		5
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>66</b>

Fonte: o autor, 2008.

Conforme a tabela 48, a influência do médico foi fator determinante para a escolha do hospital por 48% (32) dos pacientes que estavam acompanhados. Por outro lado, apenas 12% (8) dos pacientes consideraram a qualidade dos serviços como determinante na escolha, mesmo sem o auxílio do acompanhante.

Outro fator a ser analisado é sobre os conhecimentos dos acompanhantes sobre hotelaria hospitalar. Entre os 66 (100%) acompanhantes que não interferiram na escolha do paciente pelo hospital, 37 (56%) informaram que não conheciam o tema e 29 (44%) afirmaram que sabiam do que se tratava hotelaria hospitalar. Novamente percebe-se que as questões relacionadas a hotelaria hospitalar não são suficientemente claras entre pacientes e acompanhantes, pois os números sobre o conhecimento do tema são relativamente próximos entre si.

Baseado nestes números da tabela 48, pode-se dizer que o médico possui elevado grau de credibilidade junto aos pacientes, a ponto desta influência não sofrer interferência dos familiares e também superando questões relativas ao conforto e bem-estar dos acompanhantes e pacientes, face ao índice de acompanhantes que não conheciam os conceitos de hotelaria hospitalar.

Diante das análises realizadas, foi possível compreender como a estrutura e o atendimento de hotelaria hospitalar tendem a influenciar o cliente de saúde na escolha de um hospital. Entretanto, durante o questionário, foi perguntado objetivamente ao paciente quais os fatores que interferiram na escolha do hospital, sendo disponibilizados 6 alternativas: a) recomendação de familiares e amigos; b) influência do médico; c) cobertura de convênio; d) qualidade dos serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem; e) imagem e prestígio da instituição; ou f) outro fator. As respostas constam na tabela 49:

Tabela 49 - Fatores que interferiram na escolha do hospital x faixas etárias dos pacientes

		Faixas Etárias dos Pacientes						Total	
		Primeira Internação no Hospital	até 34 anos	de 35 a 50 anos	de 51 a 65 anos	de 66 a 80 anos	acima de 81 anos		
Fatores que Interferiram na Escolha do Hospital	Recomendação de familiares e amigos	Sim	3	6		1	1	<b>11</b>	
		Não	2			1		<b>3</b>	
	Influência do Médico	Sim	10	10	12	13	1	<b>46</b>	
		Não	1	2	2	5		<b>10</b>	
	Cobertura do Convênio	Sim	5	3	1			<b>9</b>	
		Não	1	1	2	2		<b>6</b>	
	Qualidade dos Serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem	Sim	6	3	3			<b>12</b>	
		Não	2	5	4			<b>11</b>	
	Imagem e Prestígio da Instituição	Sim	2	2				<b>4</b>	
		Não			2	1		<b>3</b>	
	Outros Motivos	Sim	3		1	1		<b>5</b>	
		Não	1					<b>1</b>	
	Total			<b>36</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>121</b>

Fonte: o autor, 2008.

Para a melhor compreensão dos fatores que influenciaram na escolha do hospital, optou-se por identificar os pacientes que faziam sua primeira internação e os que já haviam se internado mais de uma vez, sendo estes últimos conhecedores dos serviços do hospital. Além desta identificação, elegeu-se os três fatores de maior incidência entre as respostas dos pacientes para responder a pergunta central deste trabalho.

Os números expostos na tabela 49 mostram que 87 (72%) pacientes estavam se internando no Hospital Divina Providência pela primeira vez, e 34 (28%) já haviam se internado anteriormente. Considerando os números dos pacientes de primeira internação, pode-se concluir que a influência do médico interferiu diretamente em 53% (46) dos pacientes e que a qualidade dos serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem foi o principal fator na escolha do hospital para 14% (12) dos pacientes.

Analisando o fator “influência do médico” entre os pacientes de primeira internação, percebe-se que há uma distribuição praticamente uniforme entre as faixas etárias, com exceção dos pacientes acima de 81 anos que apresentou apenas uma incidência. Entretanto, ao associar os pacientes com outras internações, pode-se afirmar que o perfil dos pacientes mais influenciados pelo médico na escolha do hospital são aqueles que possuem entre 66 e 80 anos. Este fato pode ser justificado pela idade avançada e o possível tempo de atendimento do médico a este paciente.

Por outro lado, 50% (6) dos pacientes de primeira internação que consideraram a qualidade dos serviços como fator determinante na escolha do hospital possuem idade até 34 anos. Associando os pacientes com outras internações, há uma distribuição uniforme entre as três faixas etárias (até 34 anos, de 35 a 50 anos e de 51 a 65 anos), sendo 8 casos nas duas primeiras e 7 casos na última. Também é relevante a paridade dos casos de primeira internação com os de outras internações.

A recomendação de familiares e amigos foi o terceiro fator mais citado como determinante da escolha do hospital, correspondendo a 12% (14) do total de pacientes. Esta incidência é maior nos casos de primeira internação, com 11 casos (79%) e apenas 3 casos (21%) nas outras internações. Na primeira internação, 55% (6) dos pacientes possuem idade entre 35 e 50 anos, e mesmo associando os casos de outras internações, este número permanece inalterado, diferentemente dos casos

onde a qualidade dos serviços foi determinante para a escolha do hospital e que tiveram a faixa etária dos pacientes distribuída uniformemente.

As informações relativas aos pacientes que já haviam se internado anteriormente no Hospital Divina Providência, estão contidas na tabela 50.

Tabela 50: Fatores que interferiram na escolha do hospital x faixas etárias dos pacientes x quantidade de internações.

Fatores que Interferiram na Escolha do Hospital	Quantidade de Internações	Faixas Etárias dos Pacientes				Total
		até 34 anos	de 35 a 50 anos	de 51 a 65 anos	de 66 a 80 anos	
Recomendação de familiares e amigos	Entre 2 e 4 internações	2				2
	Acima de 5 internações				1	1
Influência do Médico	Entre 2 e 4 internações	1	2	2	4	9
	Acima de 5 internações				1	1
Cobertura do Convênio	Entre 2 e 4 internações	1	1	2	2	6
Qualidade dos Serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem	Entre 2 e 4 internações	2	4	3		9
	Acima de 5 internações		1	1		2
Imagem e Prestígio da Instituição	Entre 2 e 4 internações			2	1	3
Outros Motivos	Entre 2 e 4 internações	1				1
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>34</b>

Fonte: o autor, 2008.

Através da tabela 50, é possível observar o comportamento dos pacientes que escolheram o hospital sob influência do médico, pela qualidade dos serviços ou por recomendação de familiares e amigos. Nota-se que a qualidade dos serviços e a influência do médico possuem números iguais (9) nos pacientes que tiveram entre 2 e 4 internações, porém, estes pacientes possuem faixas etárias diferentes. Nos pacientes sob influência médica, há maior incidência entre os que têm entre 66 e 80 anos, diferentemente dos pacientes que escolheram o hospital pela qualidade dos serviços, pois estes são mais jovens que os anteriores, possuindo idades entre 35 e 50 anos.

A igualdade entre os dois fatores termina quando associado os pacientes com mais de 5 internações. Neste caso, a influência do médico, embora com número ainda próximo, deixa de ser preponderante sobre a qualidade dos serviços.

Se analisar os números de todos os fatores que interferiram na escolha do hospital, é possível afirmar que a influência do médico corresponde a 29% (10 casos) e que os demais fatores reunidos somam 71% (24 casos) entre os pacientes com mais de duas internações. Em meio aos demais casos, a qualidade dos

serviços corresponde a 46% (11) dos casos e a recomendação de familiares e amigos a 13% (3).

Assim sendo, pode-se concluir que entre os pacientes com mais de duas internações, a influência do médico não é preponderante sobre a associação entre a qualidade dos serviços e a recomendação de familiares e amigos. Desta forma, estes pacientes optam pelo conforto e bem-estar tanto próprio quanto ao dos acompanhantes, além de ouvirem sugestões sobre os serviços do hospital, antes de escolhê-lo.

A tabela 51 dispõe dados que possibilitam responder a pergunta central deste trabalho.

Tabela 51 - Fatores que interferiram na escolha do hospital

<b>Descrição</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
Recomendação de familiares e amigos	14	12%
Influência do Médico	56	46%
Cobertura do Convênio	15	12%
Qualidade dos Serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem	23	19%
Imagem e Prestígio da Instituição	7	6%
Outros Motivos	6	5%
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor, 2008.

Diante de todas as análises realizadas e dos dados constantes na tabela 51, é possível responder se a estrutura e o atendimento de hotelaria hospitalar tendem a influenciar o cliente de saúde na escolha de um hospital. Esta resposta é composta em duas partes: a) não, a estrutura e o atendimento não são determinantes para a escolha; e b) porém, são relevantes no processo de escolha.

Embora seja percebida e constantemente utilizada, os pacientes do Hospital Divina Providência não consideram que as condições de estrutura e atendimento de hotelaria hospitalar sejam determinantes na escolha do hospital. As relações de confiança com o médico mostraram-se sólidas, a ponto da influência do médico ser o principal fator na opção do paciente pelo hospital que o médico recomendar. Esta influência do médico na escolha do hospital pode ser considerada mais forte inclusive que a interferência da família, pois entre os acompanhantes entrevistados 67% não interferiram na escolha do hospital junto ao paciente. Entretanto, os números referentes aos pacientes com primeira internação e que elegeram o fator

“influência do médico” como determinante na escolha do hospital, corresponderam a 82% (46 casos) dos 56 pacientes deste fator. Este indicador permite afirmar que os pacientes que não conheciam os serviços do hospital, optaram por aceitar a indicação do médico. Todavia, quando os pacientes já haviam se internado no hospital, o fator “influência do médico” não preponderou sobre o fator “qualidade dos serviços”.

Baseado nestes indicativos, pode-se concluir que os pacientes que estão se internando pela primeira vez, não conhecem os serviços do hospital desconhecendo a estrutura e o atendimento de hotelaria hospitalar que o Hospital Divina Providência disponibiliza aos seus clientes. Porém, a avaliação dos serviços deste paciente é positiva (tabela 52).

Tabela 52 - Avaliação dos serviços pelo paciente

Avaliação dos Serviços pelo Paciente	Incidências e Percentuais	Primeira Internação no Hospital		Total
		Sim	Não	
Indiferente, atende a finalidade de um hospital	Incidência	2		2
	% do Total	2%		2%
Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes	Incidência	23	5	28
	% do Total	26%	15%	23%
Muito bom, recomendando a amigos e familiares	Incidência	62	29	91
	% do Total	71%	85%	75%
Total	Incidência	87	34	121
	% do Total	72%	28%	100%

Fonte: o autor, 2008.

Pela tabela 52, percebe-se que 71% (62 casos) dos pacientes com primeira internação avaliaram os serviços como muito bom, recomendando a amigos e familiares, 26% (23 casos) consideraram o serviço bom e apenas 2% (2 casos) acreditam que o serviço do hospital é indiferente, apenas atendendo a finalidade de um hospital. Em comparação com os pacientes que já haviam se internado no hospital, o índice de avaliação do hospital como muito bom é expressivo, representando 85% (29 casos) dos entrevistados. Não há insatisfação registrada no serviço do hospital, pois não houve incidência de casos nas categorias “indiferente”, “ruim” ou “muito ruim”.

Portanto, pode-se finalmente concluir que a estrutura e atendimento em hotelaria hospitalar não determinam a escolha do paciente, pois a influência do

médico é fator de interferência mais significativa junto ao paciente, que muitas vezes não conhece a estrutura e o atendimento do hospital que se internará. Entretanto, pode-se afirmar que a estrutura e o atendimento são relevantes entre os pacientes que já conheciam os serviços do Hospital Divina Providência, na escolha do hospital pelo paciente. Esta relevância foi evidenciada nos números levantados e também através da observação direta junto aos pacientes, que manifestaram sua satisfação sobre a estrutura e o atendimento prestado pelo Hospital Divina Providência, afirmando algumas vezes que “mais parece que estamos em um hotel, ao invés de um hospital”. Paralelamente, o fato de que, tanto acompanhante como paciente, percebem os cuidados do hospital nas questões referentes a estrutura e atendimento corroboram esta última conclusão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações humanas são constantes no ambiente hospitalar, principalmente por que uma das partes encontra-se fragilizada, seja emocional, seja fisicamente. A humanização no atendimento hospitalar vem se constituindo um desafio aos gestores das instituições de saúde para poder sustentar harmonicamente estas relações humanas.

Associado ao atendimento humanizado, as condições de estrutura das instalações do hospital também devem oferecer situações de conforto, bem-estar e segurança aos pacientes, médicos, funcionários, acompanhantes de pacientes e visitantes. São estas situações que sustentam os princípios da hotelaria hospitalar.

Neste trabalho, foi proposto um modelo de hotelaria hospitalar alicerçado no bom ambiente de trabalho, pois através deste, o atendimento humanizado pode ser melhor percebido pelos pacientes e acompanhantes. A estrutura também tem seu papel no modelo, cabendo a esta disponibilizar condições de conforto e bem-estar durante a estada dos clientes de saúde.

Conforme abordado na introdução deste trabalho e constatado na análise dos dados, o conceito de hotelaria hospitalar ainda não está suficientemente claro ao paciente e acompanhante, e possivelmente ao próprio hospital. Esta situação pode ser um dos motivos que os hospitais não realizam divulgações em suas páginas da Internet sobre os serviços de hotelaria hospitalar e muito menos a nomenclatura “hotelaria hospitalar”, mas foi possível identificar similaridades entre os serviços de hospitais e hotéis.

Por outro lado, os sites dos hospitais pesquisados direcionam seu foco no corpo médico, sem direcionar relevância sobre os aspectos de estrutura e atendimento, ou reflexões destas na determinação de um paciente na escolha do hospital.

Neste trabalho, foram analisadas as situações de estrutura e atendimento dos setores relacionados à hotelaria hospitalar, com o objetivo de saber se estas são determinantes junto ao paciente no processo de escolha do Hospital Divina Providência. Embora sua estrutura e atendimento sejam consideradas como muito boa pelos clientes, não foram determinantes junto aos pacientes que se internaram pela primeira vez no hospital. Ainda, entre os que estavam internados pela

segunda vez ou mais, a qualidade dos serviços em associação com a recomendação de familiares e amigos, foram aspectos relevantes na opção de retornar ao hospital, superando a influência do médico.

Percebeu-se, ainda, que a influência do médico foi determinante aos pacientes de primeira internação na escolha do Hospital Divina Providência, basicamente por dois motivos: a) credibilidade do médico; e b) desconhecimento das condições de estrutura e atendimento do hospital.

Quanto à credibilidade do médico, pode-se verificar que foi mais relevante que a interferência familiar na escolha, o que se pode afirmar que este influencia diretamente seu paciente na tomada de decisão quanto ao hospital a se internar.

Em relação ao desconhecimento das condições de estrutura e atendimento do hospital, pode-se dizer que possivelmente seja justificada pela falta de informação dos hospitais em suas páginas da Internet ou, ainda, pela ausência da cultura de pesquisar sobre o prestador de serviço de saúde, transferindo esta responsabilidade ao médico, pois este está acostumado a realizar seus procedimentos no hospital de sua conveniência.

Diante do exposto e da constatação que a influência do médico é preponderante sobre as condições de estrutura e atendimento na opção do cliente pelo hospital, é possível entender as razões pelas quais os gestores direcionam suas ações na Internet ao corpo médico.

Fica, então, a proposta de se realizar outros estudos para compreender e mensurar em que medida a influência do médico é determinante na escolha de um hospital pelo paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, V. A. – A máquina da hospitalidade. In: DENCKER, A. & BUENO, M. (orgs). Hospitalidade: Cenários e Oportunidades – São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

AMARAL, M. B. – Gestão dos serviços médicos: o desafio da qualidade do atendimento. In: PEREIRA, L.L., GALVÃO, C. R., CHANES. M. (orgs.) – Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.

BALCHIUNAS, D. – Gestão do serviço de nutrição e dietética. In: PEREIRA, L.L., GALVÃO, C. R., CHANES. M. (orgs.) – Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.

BARDIN, L. – Análise de conteúdo – Lisboa – Portugal: Edições 70, 1977.

BENI, M. – Globalização do turismo: megatendências do setor e a realidade brasileira – São Paulo: Aleph: 2003.

BOEGER, M. A . – Gestão em hotelaria hospitalar – São Paulo: Atlas, 2003.

BOYER, M. – História do turismo de massa – Bauru, SP: EDUSC, 2003.

BROTHERTON, B. & WOOD, R.. Hospitalidade e administração da Hospitalidade. In: LASHLEY, C. & MORRISON, A. (orgs). Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado - Barueri, SP: Manole, 2004.

CAMARGO, L.O. – Universidade de Caxias do Sul, aula inaugural turma VI de mestrado em turismo, abril/2006.

\_\_\_\_\_. Hospitalidade – São Paulo: Aleph, 2004.

\_\_\_\_\_. Os domínios da hospitalidade. In: DENCKER, A. & BUENO, M. (orgs). Hospitalidade: Cenários e Oportunidades – São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

CAMPOS, J.R.V. – Introdução ao universo da hospitalidade – Campinas, SP: Papyrus, 2005.

CASTELLI, G. – Hospitalidade: na perspectiva da gastronomia e da hotelaria – São Paulo: Saraiva, 2005.

\_\_\_\_\_ - Administração Hoteleira – 9ª ed. – Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

- CERVO, A. L. – Metodologia científica, 5 ed. – Amado Luiz Cervo, Pedro Alcino Bervian – São Paulo : Pearson Prentice Hall, 2002.
- CHON, K.S. – Hospitalidade: conceitos e aplicações/ Kye-Sung (Kaye) Chon, Raymond T. Sparrowe – São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.
- COBRA, M. – Serviços: como construir valor para o cliente – São Paulo: Marcos Cobra, 2004.
- DAVIES, C. A. – Manual de hospedagem – simplificando ações na hotelaria – Caxias do Sul: Educs, 2003.
- \_\_\_\_\_ - Alimentos e bebidas – 2ª edição. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.
- DE TONI, D., SCHULER, M. - Administração mercadológica: teorias e pesquisas. In: MILAN, G.S., BRANCHI, N.V.L. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2004.
- DECKER, A.F.M. – A abordagem científica em hospitalidade. In: DENCKER, A. & BUENO, M. (orgs). Hospitalidade: Cenários e Oportunidades – São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.
- FIGUEIRA, D.; INOUE, N; LAMHA NETO, S. – Conceito de Hotelaria Hospitalar nos Edifícios Hospitalares - In: GUIMARÃES, N. V. R. R. – Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar – São Paulo: Atheneu, 2007.
- FITZSIMMONS,J.; FITZSIMMONS,M. – Administração de serviços – São Paulo: Bookman Companhia Editora, 2005. 4ª ed.
- FRANCISCO, M.C.P.B; PAES DA SILVA, M.J.; LUZ,S. – Avanços e desafios de enfermagem no atendimento ao cliente na rede pública e privada. In: GUIMARÃES, N. V. R. R. – Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar – São Paulo: Atheneu, 2007.
- GIL, A.C. – Métodos e técnicas de pesquisa social – 5 ed. – São Paulo: Atlas, 1999.
- GIANESI, I. e CORRÊA, H. Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente – São Paulo: Atlas, 1994.
- GODOI, A. – Hotelaria Hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo – São Paulo: Ícone, 2004.
- ISMAIL, A. – Hospedagem: front desk e governança – São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.
- JORGE. A. L. e MACULEVICIUS, J. – Gastronomia hospitalar – como utilizá-la na melhoria do atendimento da unidade de nutrição e dietética. In: GUIMARÃES, N. V. R. R. – Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar – São Paulo: Atheneu, 2007.
- KOTLER, P. – Administração de marketing. 10.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

- LAKATOS, E. M. – Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos / Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. – 6 ed. – São Paulo: Atlas, 2001.
- LEMME, A. C. – Ouvindo e encantando o paciente. – Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- LORENCETTE, D.A.C.; BOHOMOL, E. – Gestão em serviços de enfermagem. In: PEREIRA, L.L., GALVÃO, C. R., CHANES. M. (orgs.) – Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.
- LOVERLOCK, C., WRIGHT, L – Serviços: marketing e gestão; tradução Cid Knipel Moreira; revisão técnica Mauro Neves Garcia. – São Paulo: Saraiva, 2004.
- MALHOTRA, N. K. – Introdução à pesquisa de marketing / Naresh K. Malhotra...[et al.] ; tradutor Robert Brian Taylor. –São Paulo : Prentice Hall, 2005.
- \_\_\_\_\_ - Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada / Naresh Malhotra; trad. Nivaldo Montingelli Jr. e Alfredo Alves de Farias. – 3 ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MARTINEZ, L. F. ; FERREIRA, A. I. – Análise de dados com SPSS – Primeiros passos – Lisboa: Disternal Ltda., 2007.
- MILAN, G.S. – A retenção de clientes como resultado da prática do marketing de relacionamento. In: MILAN, G.S., BRANCHI, N.V.L. – Administração mercadológica: teorias e pesquisas. Caxias do Sul, RS: Educs, 2004.
- MORAES, O.; CÂNDIDO, I.; VIERA, E.V. – Hotelaria hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde – Caxias do Sul: Educs, 2004.
- MULLINS, L.J. – Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional / tradução Vinicius Figueira – 4ª ed. – Porto Alegre: Bookman, 2004.
- NOBRE, J.A. – Sua excelência o cliente: qualidade no atendimento – Lajeado: RH Editora e Produtora, 1997.
- PEREIRA, L.L., GALVÃO, C. R., CHANES. M. – Organizações hospitalares e modelos de gestão: o desenvolvimento da instituição hospitalar no mundo. In: PEREIRA, L.L., GALVÃO, C. R., CHANES. M. (orgs.) – Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.
- PETROCCHI, M. – Hotelaria: planejamento e gestão – São Paulo: Futura, 2002.

- POWERS, T. – Administração no setor de hospitalidade: turismo, hotelaria, restaurante/ Tom Powers, Clayton W. Barrows – São Paulo: Atlas, 2004.
- QUEVEDO, M. F. – Hospitalidade: um estudo de caso do Hospital Unimed Nordeste RS – dissertação para obtenção de título de Mestre em Turismo pela Universidade de Caxias do Sul – Caxias do Sul, 2006
- ROSSO, F. – Gestão de pessoas. In: PEREIRA, L.L., GALVÃO, C. R., CHANES. M. (orgs.) – Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.
- SANTOS, C.H.S., CYRNE, C.C. – Desenvolvimento de produtos: uma proposta. In: MILAN, G.S., BRANCHI, N.V.L. – Administração mercadológica: teorias e pesquisas. Caxias do Sul, RS: Educs, 2004.
- SWARBROOKE, J. – Turismo sustentável: gestão e marketing, vol. 4 – São Paulo: Aleph, 2000.
- TARABOULSI, F. A. – Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo – São Paulo: Atlas, 2003.
- TREZ, G. – O papel dos serviços ao cliente na implementação das estratégias de marketing. In: MILAN, G.S., BRANCHI, N.V.L. – Administração mercadológica: teorias e pesquisas. Caxias do Sul, RS: Educs, 2004.
- TRIGO, L.G.G (editor) - Análises regionais e globais do turismo brasileiro; co-editores Alexandre Panosso Netto, Mariana Aldrigui Carvalho, Paulo dos Santos Pires. – São Paulo: Roca, 2005
- VERBIST, C.F. – A gestão da hospitalidade sob a perspectiva da humanização dos hospitais – um estudo de caso - dissertação para obtenção de título de Mestre em Turismo pela Universidade de Caxias do Sul – Caxias do Sul, 2006
- VIDES, M.L.P.C. – Acolhimento hospitalar. In: GUIMARÃES, N. V. R. R. – Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar – São Paulo: Atheneu, 2007.
- YIN, R. – Estudo de caso: planejamento e métodos – 2 ed. – Porto Alegre : Bookman, 2001.

**ANEXO A - Modelo de questionário: Paciente**

Para qual especialidade foi sua internação?

- a) Maternidade;
  - b) Cirurgia Plástica;
  - c) Cardiologia;
  - d) Gástrico;
  - e) Outro: \_\_\_\_\_
- 1) Qual sua idade? \_\_\_\_\_
  - 2) Qual sua profissão? \_\_\_\_\_
  - 3) Sexo
    - a) Masculino
    - b) Feminino
  - 4) Em que cidade você mora? \_\_\_\_\_
  - 5) É sua primeira internação neste hospital?
    - a) Sim
    - b) Não
  - 6) Caso negativo, quantas vezes já estivesse internado neste hospital?
    - a) 2
    - b) 3
    - c) 4
    - d) 5 ou mais
  - 7) Quanto tempo levou seu processo de internação?
    - a) Menos de 15 minutos;
    - b) Entre 15 e 30 minutos;
    - c) Mais de 30 minutos;
    - d) Não tenho idéia.
  - 8) No momento de sua internação, você ficou conhecendo as normas e procedimentos gerais do hospital?
    - a) Sim
    - b) Não
  - 9) Quando um funcionário do hospital vem ao seu apartamento, ele bate na porta e pede licença para entrar?
    - a) Sempre;
    - b) Quase sempre;
    - c) Às vezes;
    - d) Quase nunca;
    - e) Nunca.
  - 10) Existe algum papel impresso com instruções sobre os serviços oferecidos pelo hospital?
    - a) Sim
    - b) Não
    - c) Não procurei.
  - 11) Com relação a sua alimentação, sua refeição chega na temperatura ideal para o consumo?
    - a) Sempre;
    - b) Quase sempre;
    - c) Às vezes;
    - d) Quase nunca;
    - e) Nunca.
  - 12) Suas preferências alimentares são consideradas ao servirem sua refeição?
    - a) Sempre;
    - b) Quase sempre;
    - c) Às vezes;
    - d) Quase nunca;
    - e) Nunca.
  - 13) Quanto ao espaço físico do apartamento, você considera que é:
    - a) Grande e adequado;
    - b) Adequado;
    - c) Indiferente;
    - d) Inadequado;
    - e) Pequeno e inadequado.

- 14) Como você avalia as condições de conforto de seu acompanhante?
- Muito bom, está plenamente confortável;
  - Bom, há condições de melhorar seu conforto com alterações no mobiliário do quarto;
  - Indiferente, as condições de conforto são aceitáveis;
  - Ruim, há poucas condições de conforto;
  - Muito ruim, não há situações de conforto na atual estrutura.
- 15) Em relação à limpeza do apartamento, você considera que está:
- Muito bom, plenamente limpo;
  - Bom, percebe-se que está limpo;
  - Indiferente;
  - Ruim, alguns aspectos deixam a desejar;
  - Muito ruim, a limpeza é deficiente.
- 16) Quanto à apresentação pessoal dos funcionários, estes estão uniformizados?
- Sempre;
  - Quase sempre;
  - Às vezes;
  - Quase nunca;
  - Nunca.
- 17) Você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital?
- Sim;
  - Não.
- 17-A) Quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente?
- Sempre;
  - Quase sempre;
  - Às vezes;
  - Quase nunca;
  - Nunca.
- 18) Além do critério médico, que outro fator interferiu na escolha deste hospital?
- Recomendação de familiares e amigos;
  - Influência do médico;
  - Cobertura de convênio;
  - Qualidade dos serviços de hospedagem, alimentação e enfermagem;
  - Imagem e prestígio da instituição;
  - Outro: \_\_\_\_\_
- 19) Você percebe situações de acolhimento e hospitalidade pelos funcionários do hospital?
- Sempre;
  - Quase sempre;
  - Às vezes;
  - Quase nunca;
  - Nunca.
- 20) Como você avalia os serviços deste hospital?
- Muito bom, recomendando a amigos e familiares;
  - Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes;
  - Indiferente, atende a finalidade de um hospital com nível razoável de serviços;
  - Ruim, os serviços deixam a desejar;
  - Muito ruim, não há qualidade nos serviços.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2008

### Esboço da análise das respostas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Perfil e avaliação do pesquisado	X	X	X	X	X	X												X	X	X
a) Estrutura																				
a <sub>1</sub> ) ambiente físico do trabalho;													X	X						
a <sub>2</sub> ) hierarquia																	X			
a <sub>3</sub> ) regras e políticas									X											
a <sub>4</sub> ) normas de procedimento																X				
b) Atendimento																				
b <sub>1</sub> ) interação							X													
b <sub>2</sub> ) SND										X	X									
b <sub>3</sub> ) higienização															X					
b <sub>4</sub> ) enfermagem																	X			

**ANEXO B - Modelo de questionário: acompanhantes**

- 1) Qual sua idade? \_\_\_\_\_
- 2) Qual sua profissão? \_\_\_\_\_
- 3) Sexo:
  - a) Masculino
  - b) Feminino
- 4) Em que cidade você mora? \_\_\_\_\_
- 5) Qual o grau de parentesco que você tem com o paciente internado?  
\_\_\_\_\_
- 6) Você acompanhou o processo de internação do paciente?
  - a) Sim;
  - b) Não;
- 7) Este processo de internação foi rápido?
  - a) Menos de 15 minutos;
  - b) Entre 15 e 30 minutos;
  - c) Mais de 30 minutos;
  - d) Não tenho idéia.
  - e) Não acompanhou o processo.
- 8) Como você avalia a sinalização do hospital?
  - a) Muito boa, é possível chegar ao apartamento apenas com as orientações existentes;
  - b) Boa, embora o tamanho das placas seja pequena;
  - c) Indiferente, não precisei de sinalização para chegar ao quarto.
  - d) Ruim, precisa ter atenção para não se perder;
  - e) Muito ruim, falta sinalização e sem perguntar a um funcionário, dificilmente encontra o apartamento.
- 9) Quando você está com o paciente e um funcionário do hospital vem ao seu apartamento, ele bate na porta e pede licença para entrar?
  - a) Sempre;
  - b) Quase sempre;
  - c) Às vezes;
  - d) Quase nunca;
  - e) Nunca.
- 10) Existe algum papel impresso com instruções sobre os serviços oferecidos pelo hospital?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Não procurei.
- 11) Com relação a sua alimentação, sua refeição chega na temperatura ideal para o consumo?
  - a) Sempre;
  - b) Quase sempre;
  - c) Às vezes;
  - d) Quase nunca;
  - e) Nunca.
  - f) Não fiz nenhuma refeição no hospital.
- 12) Suas preferências alimentares são consideradas ao servirem sua refeição?
  - a) Sempre;
  - b) Quase sempre;
  - c) Às vezes;
  - d) Quase nunca;
  - e) Nunca.
  - f) Não fiz nenhuma refeição no hospital.
- 13) Quanto ao espaço físico do apartamento, você considera que é:
  - a) Grande e adequado;
  - b) Adequado;
  - c) Indiferente;
  - d) Inadequado;
  - e) Pequeno e inadequado.

- 14) Como você avalia as condições de conforto para você?
- a) Muito bom, está plenamente confortável;
  - b) Bom, há condições de melhorar seu conforto com alterações no mobiliário do quarto;
  - c) Indiferente, as condições de conforto são aceitáveis;
  - d) Ruim, há poucas condições de conforto;
  - e) Muito ruim, não há situações de conforto na atual estrutura.
- 15) Em relação à limpeza do apartamento, você considera que está:
- a) Muito bom, plenamente limpo;
  - b) Bom, percebe-se que está limpo;
  - c) Indiferente;
  - d) Ruim, alguns aspectos deixam a desejar;
  - e) Muito ruim, a limpeza é deficiente.
- 16) Quanto à apresentação pessoal dos funcionários, estes estão uniformizados:
- a) Sempre;
  - b) Quase sempre;
  - c) Às vezes;
  - d) Quase nunca;
  - e) Nunca.
- 17) Você teve algum problema a ser solucionado pela equipe de atendimento do hospital?
- a) Sim;
  - b) Não.
- 17-A) Quando existem problemas, os funcionários conseguem resolvê-los imediatamente?
- a) Sempre;
  - b) Quase sempre;
  - c) Às vezes;
  - d) Quase nunca;
  - e) Nunca
- 18) Quanto à escolha do hospital, você auxiliou ao paciente na escolha do hospital?
- a) Sim;
  - b) Não;
- 19) Você sabe já ouviu falar em hotelaria hospitalar?
- a) Sim;
  - b) Não;
- 20) Como você avalia os serviços deste hospital?
- a) Muito bom, recomendando a amigos e familiares;
  - b) Bom, mas pode ser melhorado em pequenos detalhes;
  - c) Indiferente, atende a finalidade de um hospital com nível razoável de serviços;
  - d) Ruim, os serviços deixam a desejar;
  - e) Muito ruim, não há qualidade nos serviços.
- 21) Em geral, quanto tempo você fica com o paciente no apartamento?
- 
- 22) Na sua opinião, o que o hospital deveria disponibilizar como situações de conforto e bem-estar para os acompanhantes de paciente?
- 
- 
- 

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 2008.

**Esboço da análise das respostas**

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Perfil e avaliação do pesquisado	X	X	X	X	X													X	X	X	X	X
a) estrutura																						
a <sub>1</sub> ) ambiente físico do trabalho;								X					X	X								
a <sub>2</sub> ) hierarquia																	X					
a <sub>3</sub> ) regras e políticas									X													
a <sub>4</sub> ) normas de procedimento																X						
b) atendimento																						
b <sub>1</sub> ) internação						X	X															
b <sub>2</sub> ) SND										X	X											
b <sub>3</sub> ) higienização															X							
b <sub>4</sub> ) enfermagem																	X					

**ANEXO C – Roteiro de perguntas aos gestores**

- 1) Há quanto tempo você está na gestão de sua área?
- 2) Qual sua formação profissional?
- 3) Como um hospital pode transmitir aos seus pacientes sentimentos de acolhimento e hospitalidade?
- 4) Quantos funcionários estão locados em sua área?
- 5) É destinado para o seu setor orçamento para investimento em equipamentos, materiais e utensílios necessários para realização de tarefas do dia-a-dia?
- 6) Como é o abastecimento de materiais em sua área?
- 7) Existe um cronograma de manutenção preventiva, predial ou em equipamentos, de sua área?
- 8) Como é a sua relação com os fornecedores de sua área?
- 9) Como você avalia a importância da realização de treinamentos para as situações de atendimento direto?
- 10) Geralmente você troca experiências com outros gestores de hospitais relacionados a sua área?
- 11) Seus funcionários recebem equipamento de proteção individual? Eles usam ou são cobrados para isto?
- 12) A cada quanto tempo os equipamentos de proteção individual são trocados por outros novos?
- 13) Em sua área, existem incidências de acidentes de trabalho?
- 14) Existe um programa de capacitação permanente no hospital?
- 15) Na sua área, existe um organograma e os funcionários conseguem localizar-se dentro da estrutura organizacional?
- 16) No momento da contratação de um novo funcionário, ele sabe quais as funções que poderá desempenhar?
- 17) Sua área possui um planejamento estratégico?
- 18) Quais os instrumentos de comunicação da gerência que são utilizados junto aos funcionários?
- 19) Quantas reuniões são realizadas com a equipe de trabalho mensalmente?
- 20) No processo de seleção de sua equipe, quais atributos dos candidatos são relevantes?
- 21) A localização física de sua área está estrategicamente bem situada?
- 22) Em relação às tomadas de decisão, existe participação dos funcionários através de opiniões ou sugestões?
- 23) Quais recursos são investidos mensalmente em qualificação interna de seus funcionários?
- 24) Você considera importante um setor dispor de manuais de procedimentos?
- 25) Em sua área existe ou já foi pensado na criação destes?
- 26) Existe algum incentivo aos funcionários para que contribuam com idéias de melhoramento de processos de trabalho?
- 27) Na sua área, existe uma lista de possíveis problemas que acontecem e suas respectivas causas?
- 28) Quais os pontos fortes de sua área? E os fracos?