

MARIANA FASOLO QUEVEDO

**HOSPITALIDADE: UM ESTUDO DE CASO DO
HOSPITAL UNIMED NORDESTE RS**

Dissertação 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.

Linha de Pesquisa: Planejamento e Gestão do Turismo

Área de Concentração: Desenvolvimento do Turismo

Orientador: Prof. Dr. Carlos Honorato Schuch Santos.

Caxias do Sul

2006

À Vó Maninha, mulher de fibra e de alma
iluminada, que lutou por toda vida, e lutará por todo
sempre. Onde estiveres, Vó... essa conquista também
é tua!

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio científico e financeiro.

À Universidade de Caxias do Sul, por ter oportunizado a realização deste curso.

Ao meu orientador e aos professores do Programa de Mestrado em Turismo, pela oportunidade de discussão e aprendizado.

Aos meus colegas, pela amizade e solidariedade, nos momentos de concentração e de descontração. E à Mônica, amiga e companheira, que me apoiou em um momento extremamente importante e decisivo!

Ao Hospital do Círculo, principalmente através de suas funcionárias Apolônia, Izabel e Lívia, pela presteza e atenção com que colaboraram na realização deste trabalho.

À Unimed Nordeste RS e ao Hospital Unimed Nordeste RS, pela oportunidade de realização deste trabalho, principalmente pela solicitude com que atenderam às demandas. Meu especial agradecimento aos senhores Gilmar Vidal Madeira, Graziela Dalla Bona, Adriana Marques Rech, Leonardo Afonso, Marcelo Marciano, Paula Boff Ayala e Cláudia Belan.

Aos pacientes que se dispuseram a colaborar com a pesquisa, por terem compreendido a importância do trabalho.

Aos meus queridos amigos da Do Arco da Velha Livraria e Café, pelos cafés, livros, computadores, conselhos, conversas e “ombros”; e por tudo o que são!

Aos meus amigos. Em muitos momentos bastou uma palavra de conforto ou incentivo para que tudo voltasse a ficar claro.

À Luciana, pelo suporte emocional, pelos ouvidos (os dois!) e pela ajuda.

À Aline, Cristina, Rafaella e Viviane, pelo apoio e por praticarem e ensinarem o verdadeiro valor de uma amizade!

Ao Guilherme, companheiro de todas as horas, pelo amor, carinho e compreensão; e por ser tão presente, mesmo na ausência!

À Nina, mãe nº. 2, porque se não fosse ela, de alguma forma eu não estaria aqui!

À minha família, pelo incentivo, apoio e afeição.

Aos meus queridos irmãos, Antonio Augusto e Anamaria, pelo companheirismo, cumplicidade e pelos grandes exemplos que são.

Aos meus pais, pelo que me ensinaram – não só na teoria, mas também na prática! – da vida, do mundo e do ser humano. Pelo respeito, pela ética e pela verdade. Pelo carinho e pelo amor incondicionais, que somente vocês poderiam proporcionar. Obrigada por serem meus PAIS, no sentido pleno da palavra.

Ao meu Deus, sempre presente e compreensivo. E pelas linhas sempre certas, mesmo quando parecem tortas.

*“O conhecimento torna a alma jovem e
diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a
sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã”.*

Leonardo Da Vinci

RESUMO

HOSPITALIDADE: UM ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL UNIMED NORDESTE RS

Autora: Mariana Fasolo Quevedo

Orientador: Prof. Dr. Carlos Honorato Schuch Santos

A hospitalidade tem uma definição ampla, que abrange não somente o setor comercial e o mercado, mas também as pessoas e as relações entre elas. Envolve relações de troca, nos âmbitos econômico, social e psicológico. As instituições de saúde para serem competitivas devem estar atentas às trocas humanas, a fim de usá-las a seu favor, através do oferecimento de serviços diferenciados aos clientes. Tendo em vista esses conceitos, utilizou-se revisão bibliográfica em assuntos pertinentes à prática da hospitalidade em hospitais – hospitalidade, gestão, hospitais e competitividade – a fim de promover um melhor entendimento do tema. Além desses, os aspectos correspondentes às variáveis a serem analisadas posteriormente foram abordados, sendo eles o lazer, a alimentação e a arquitetura. A pesquisa realizada – estudo de caso – se deu no Hospital Unimed Nordeste RS, em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, com o objetivo de estudar como a hospitalidade está sendo gerida e se ela gera competitividade à instituição, através da análise das três variáveis escolhidas. A coleta de dados teve três fontes de evidências – observação direta, entrevistas e aplicação de questionários – o que determinou a possibilidade de afirmação e de confronto de respostas. Através do cruzamento dos dados obtidos nas três fontes de evidências com a teoria observada, desenvolveu-se a análise dos resultados, focada na realização de procedimentos e na competitividade.

PALAVRAS –CHAVE: Turismo; Hospitalidade; Gestão Hospitalar; Competitividade; Caxias do Sul (RS).

ABSTRACT

HOSPITALITY: A CASE STUDY ABOUT THE HOSPITAL UNIMED NORDESTE RS

Author: Mariana Fasolo Quevedo

Advisor: Prof. Dr. Carlos Honorato Schuch Santos

The concept of Hospitality is very broad, ranging from commerce and market to people and their relationships. It is related to exchange relations, in the economical, social, and psychological fields. For health institutions to be competitive, they have to be aware of human exchanges, and using these for their benefit, through differentiated services to be offered to their clients. Keeping these concepts in mind, a literature review was made, related to Hospitality in hospital environment – hospitality, management, hospitals, and competitiveness – to grasp a better understanding of the subject. Besides these themes, aspects related to the analyzed variables (leisure, food services, and architecture) were also researched. The field research – case study – focused on the Hospital Unimed Nordeste RS, in Caxias do Sul – RS, Brazil, aiming to the understanding on how Hospitality is being managed, and if it is resulting on competitiveness to the institution, through the analysis of the three chosen variables. Data collection has had three sources – direct observation, interviews, and questionnaire – making it possible to answer comparisons. Using data crossing from the three evidence sources and the observed theory, result analysis was developed, focused on procedure execution and competitiveness

KEY WORDS: Tourism; Hospitality; Hospital Management; Competitiveness; Caxias do Sul (RS).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	HOSPITALIDADE.....	13
2.2	GESTÃO EM SERVIÇOS.....	18
2.3	HOSPITAL.....	22
2.4	GESTÃO HOSPITALAR.....	28
2.4.1	Organização estrutural de hospitais.....	30
2.4.2	Gestão hoteleira em hospitais.....	31
2.5	TERCEIRIZAÇÃO.....	35
2.6	COMPETITIVIDADE EM SERVIÇOS.....	39
2.7	LAZER.....	43
2.8	ALIMENTAÇÃO.....	48
2.8.1	Alimentação em hospitais.....	50
2.8.2	Normas de higiene e conservação de alimentos.....	55
2.9	ARQUITETURA.....	58
2.10	CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS VARIÁVEIS ANALISADAS E DA HOSPITALIDADE.....	65
3	METODOLOGIA.....	69
3.1	DEFINIÇÃO DA PESQUISA – ESTUDO DE CASO.....	72
3.1.1	Formulação do problema.....	73
3.1.2	Definição da unidade-caso.....	74
3.1.3	Determinação do número de casos.....	74
3.1.4	Elaboração do protocolo.....	75
3.1.5	Coleta de dados.....	76
3.1.6	Análise dos dados.....	77
3.1.7	Redação do relatório.....	77
3.2	APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO PILOTO.....	77
3.2.1	Caracterização do ambiente.....	78
3.2.2	Aplicação do questionário e resultados.....	79
4	ANÁLISE.....	81
4.1	LAZER.....	85
4.2	ALIMENTAÇÃO.....	92
4.3	ARQUITETURA.....	105
4.4	DEFICIÊNCIAS E VIRTUDES.....	125
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
	ANEXOS.....	140

1. INTRODUÇÃO

A hospitalidade é um tema analisado por diversas áreas do conhecimento. É um assunto voltado às relações entre pessoas, situações, lugares e insumos. O turismo estuda a hospitalidade sob uma ótica de reciprocidade entre anfitrião e hóspede, considerando as ações e sentimentos que isso pode provocar.

Segundo Campos (2005), nos países de língua inglesa os serviços da área de alimentação e de hospedagem são definidos como *hospitality industry*, e normalmente é acompanhada pelo conceito de *catering*, que identifica o serviço de alimentação em grande escala. Já no Brasil, estes serviços são conhecidos como hotelaria, palavra de origem latina.

Lashley (2004) defende a necessidade de uma definição ampla para a hospitalidade. O domínio social considera “os cenários sociais em que a hospitalidade e os atos ligados à condição de hospitalidade ocorrem junto com os impactos de forças sociais sobre a produção e o consumo de alimentos, bebidas e acomodação” (LASHLEY, 2004, p. 5). O domínio privado trata das questões de oferta de alimentação e acomodação nas casas dos indivíduos, considerando o impacto da relação entre o visitante e o anfitrião. O comercial é a hospitalidade no aspecto econômico, sendo que inclui atividades públicas e privadas. Os relacionamentos entre estes três domínios com as atividades de hospitalidade resultam em uma definição completa do assunto.

A hospitalidade possui uma série de características. Brotherton e Wood (2004) afirmam que a hospitalidade se interessa pela produção e oferta de alimentação e acomodação, envolvendo relações de troca, seja ela econômica, social ou psicológica. É composta de elementos tangíveis e intangíveis, e pode ser consumida e provida por motivos muito diferentes. Associa-se ao comportamento e à interação humana, sendo assumida de forma voluntária pelas partes envolvidas. A hospitalidade envolve pessoas, e pode variar na sua função, razão e forma, mas, na essência, é sempre a mesma.

As organizações da indústria da hospitalidade são responsáveis por milhões de postos de trabalho no mundo inteiro, além de serem um setor de negócios que cresce a cada dia. Essas organizações são intimamente ligadas ao turismo, sendo que elas recebem o turista com serviços de alimentação e acomodação.

Os meios de hospedagem são classificados de diversas formas (conforme o público, a localização e os serviços, a operação e a organização). Segundo Campos (2005), há muitas

características que os diferenciam, e eles podem ser hotéis de luxo, de charme, hotel fazenda, *bed-and-breakfast*, *resorts*, entre outros. Também há outros meios de hospedagem, como albergues, pensões, motéis e outros – todos eles com modos de administração semelhante.

A oferta de serviços de alimentação, para Campos (2005), tem aumentado muito nos últimos 15 anos, e ainda deve aumentar muito nesta década. Para o autor, muitos tipos de serviços são oferecidos, e ele os considera como diferentes tipos de restaurantes. Estes podem ser *coffee shops*, *fast-foods*, restaurantes temáticos e típicos, as vinherias (muito recentes no Brasil), entre outros.

Como se tratam de organizações que prestam serviços de hospitalidade é importante que elas estejam conectadas às novas regras de mercado do século XXI. Hoje, a competitividade de uma empresa é uma condição determinada por uma reunião de aspectos comuns a todas elas, mas o que determina se uma organização é realmente competitiva é aquilo que ela tem a oferecer ao cliente para surpreendê-lo. Nas organizações de hospitalidade isso não é diferente. Hoje, a comida dos restaurantes e os quartos de hotéis não são diferenciais de um local. Esses diferenciais são os serviços agregados, que se tornam valores percebidos pelas pessoas.

A necessidade do diferencial na hospitalidade não se refere apenas às ditas organizações da indústria da hospitalidade – de alimentação e de hospedagem. A hospitalidade como um diferencial na gestão de negócios é presente em muitas empresas, inclusive nos hospitais. Apesar de departamentos e áreas a serem geridos de modo peculiar – o que os diferencia da maioria das empresas – os hospitais não podem deixar de se preocupar com os serviços que proporcionam aos seus clientes. Em função disto, devem ser considerados uma série de fatores, como as regras específicas de cada uma dessas áreas. Mas não há dúvidas de que são instituições baseadas na hospitalidade, e que têm no ser humano o seu maior capital e o seu maior enfoque.

A gestão de hospitalidade em hospitais é um tema relativamente novo. Sabe-se que sempre houve serviços prestados aos pacientes além dos serviços médicos, mas, até pouco tempo atrás, não eram considerados como possibilidade de diferencial de uma instituição para outra. Apenas nas últimas décadas o paciente vem sendo tratado como “cliente”. Ele tem necessidades e desejos a serem satisfeitos, além da sua saúde, a sua doença ou tratamento. A competitividade futura de hospitais, portanto, depende da gestão integral dos mesmos. Isto corresponde à integração das áreas médica e de hospitalidade, pois, hoje, não há mais apenas pacientes, e sim, “pacientes-clientes”.

O hospital, hoje, além da necessidade de mudança para paciente-cliente, deve considerar que “ninguém entra sozinho no hospital”. Junto com o paciente-cliente chegam familiares, médicos particulares, diferentes convênios, visitas, entre outros. Todo este público precisa ser bem atendido. Assim, a instituição poderá oferecer “serviços de qualidade” no sentido amplo de serviço.

Um aspecto decisivo na gestão de hospitalidade nos hospitais é a humanização. Mezomo (2001, p. 276) define a humanização no hospital como “tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e à salvaguarda de seus direitos fundamentais”. A definição da humanização desencadeia muitas conseqüências.

- 1 – O hospital encontra sua razão de ser e sua legitimidade social no atendimento, com segurança, das necessidades das pessoas que buscam seus serviços.
- 2 – A estrutura física do hospital deve privilegiar o paciente, considerando suas limitações e necessidades de estada, locomoção, repouso e conforto.
- 3 – A estrutura tecnológica deve garantir os meios e as técnicas necessárias para evitar que o paciente tenha aumentados os seus riscos.
- 4 – A estrutura humana deve fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e os objetivos próprios do hospital. Neste sentido, torna-se imprescindível que o trabalho da equipe de saúde seja, essencialmente, uma presença solidária! Ao executar tarefas de cuidado ao paciente, o profissional deve fazê-las com sentimento e emoção, lembrando-se do conselho que São Camilo dava aos seus colegas de trabalho: ‘irmãos, ponham mais coração em suas mãos!’
- 5 – A estrutura administrativa do hospital deve colocá-lo em condições de garantir os direitos dos pacientes e, sobretudo o direito de serem tratados como pessoas humanas. (MEZOMO, 2001, p. 276).

Para o autor, o hospital humanizado é aquele que valoriza e respeita as pessoas em sua estrutura – física, tecnológica, humana e administrativa – estando sempre a serviço delas, garantindo atendimento de elevada qualidade. A humanização não tem caráter promocional, e sim, corresponde a uma política administrativa, baseada nas expectativas e necessidades dos clientes.

A grande questão presente neste trabalho diz respeito à gestão de hospitalidade, e se ela está sendo gerida de forma competente e, com isto, gerando competitividade para os hospitais. As variáveis a serem pesquisadas são: o lazer – atividades realizadas, periodicidade e espaços utilizados; a alimentação – constituição das refeições e de cardápios, periodicidade e variedade e preferências dos clientes; e a arquitetura – cor e paisagismo, iluminação e layout.

Os objetivos do trabalho são os seguintes:

a) Objetivo geral

Estudar a gestão da hospitalidade no Hospital Unimed Nordeste RS.

b) Objetivos específicos

- Identificar as características da área de lazer no Hospital Unimed Nordeste RS;
- Identificar as características da área de alimentação no Hospital Unimed Nordeste RS;
- Identificar as características da arquitetura no Hospital Unimed Nordeste RS;
- Estudar de que forma esses temas influenciam a hospitalidade no Hospital Unimed Nordeste RS.

Este trabalho analisa a hospitalidade no ambiente hospitalar, com o enfoque em três variáveis, que são o lazer, a alimentação e a arquitetura. Essa análise é realizada no Hospital Unimed Nordeste RS.

A primeira parte consiste na revisão bibliográfica dos temas pertinentes à pesquisa. O referencial teórico é composto de nove temas, sendo que seis deles dizem respeito à hospitalidade, à gestão e aos hospitais. Os outros três são referentes às variáveis analisadas. Cada uma destas variáveis constitui uma parte isolada no referencial teórico. Após estas nove partes, há o fechamento da revisão bibliográfica, através da relação da hospitalidade com as variáveis, e o que será analisado em cada uma delas.

A segunda parte é constituída pela metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa. Contêm a classificação do método e da pesquisa, além do tipo de metodologia empregada, as técnicas utilizadas e as formas de coleta de dados.

Na terceira parte se encontram os resultados da pesquisa de estudo de caso e sua análise. Os resultados são baseados na coleta de informações através de diferentes técnicas. É realizada a análise destes dados, através da comparação entre diferentes respostas e também da relação destes com a teoria encontrada.

Na quarta e última parte apresentam-se as considerações finais, juntamente com algumas sugestões para futuros trabalhos. Com isso, verificar-se-á se a questão problema que iniciou este trabalho é respondida – de forma positiva ou negativa – ou não.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HOSPITALIDADE

A hospitalidade é um objeto de estudo acadêmico relativamente recente, embora o conceito seja muito antigo. Sobre ela, pode-se dizer que “o conjunto de atividades do setor de serviços associadas à oferta de alimentos, bebidas e acomodação (...) era a que melhor descrevia as atividades previamente conhecidas como hotelaria e catering” (LASHLEY, 2004, p. 2, grifos do autor). O grupo de Nottingham (apud LASHLEY, 2004) considera a hospitalidade como uma troca que tem por objetivo o aumento da reciprocidade (bem estar) entre as partes envolvidas, através desta oferta. “O entendimento mais amplo a respeito da hospitalidade sugere, em primeiro lugar, que esta é, fundamentalmente, o relacionamento construído entre anfitrião e hóspede.” (LASHLEY, 2004, p. 21). Defendem também a idéia de que deve ser acrescentado ao público da hospitalidade o residente, além do turista. Com isto pode-se ter uma “nova definição” da hospitalidade, que é “o ato humano, exercido em contexto doméstico, público e profissional, de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter pessoas temporariamente deslocadas de seu habitat natural.” (CAMARGO, 2004, p. 52).

Pode-se considerar, também, a hospitalidade como “o ato ou efeito de hospedar, é a qualidade do hospedeiro, ou ainda, bom acolhimento, liberdade, amabilidade e afabilidade no modo de receber os outros.” (BOEGER, 2003, p.54)

Para Grinover (2002, p. 26-27), a origem etimológica de hospitalidade é *hospitalitas*, palavra latina derivada de *hospitalis*, que “designava a hospedagem gratuita e a atitude caridosa oferecida aos indigentes e dos viajantes acolhidos nos conventos, hospícios e hospitais.”

Powers e Barrows (2004, p. 24) citam que hospitalidade em inglês deriva de *hospice*, “termo que significa uma casa medieval destinada ao repouso de viajantes e peregrinos.”. Os autores ainda destacam que a palavra *hospice* é relacionada a hospital, que também se refere a uma forma antiga de casa de tratamento de saúde. Para eles, a hospitalidade inclui hotéis e restaurantes, mas também outros tipos de instituições que oferecem aos indivíduos alimentos e hospedagem.

A hospitalidade é apresentada sob diversas formas, por diferentes autores, e por meio de inúmeros conceitos, tais como: confortabilidade, receptividade, liberalidade, sociabilidade,

cordialidade, dentre outros. Mas há também quem prefira não adotar nenhum conceito por acreditar que o termo encerra um significado maior do que qualquer palavra possa expressar. Para esses autores, a hospitalidade perpassa o modo de pensar, agir e responder dos indivíduos, compreendendo, assim, uma parte de seu caráter. (DE PAULA, 2002, p. 70)

Para Canton (2002) o mercado da hospitalidade é composto de organizações que oferecem produtos e serviços de hospedagem, atendimento, recepção às pessoas em geral, e reflete a qualidade de vida de uma localidade e a sua cultura.

Wada (2003) defende que o turismo e a hospitalidade não são antagônicos, e sim, complementares. Essa idéia pode ser entendida através da Figura 1.

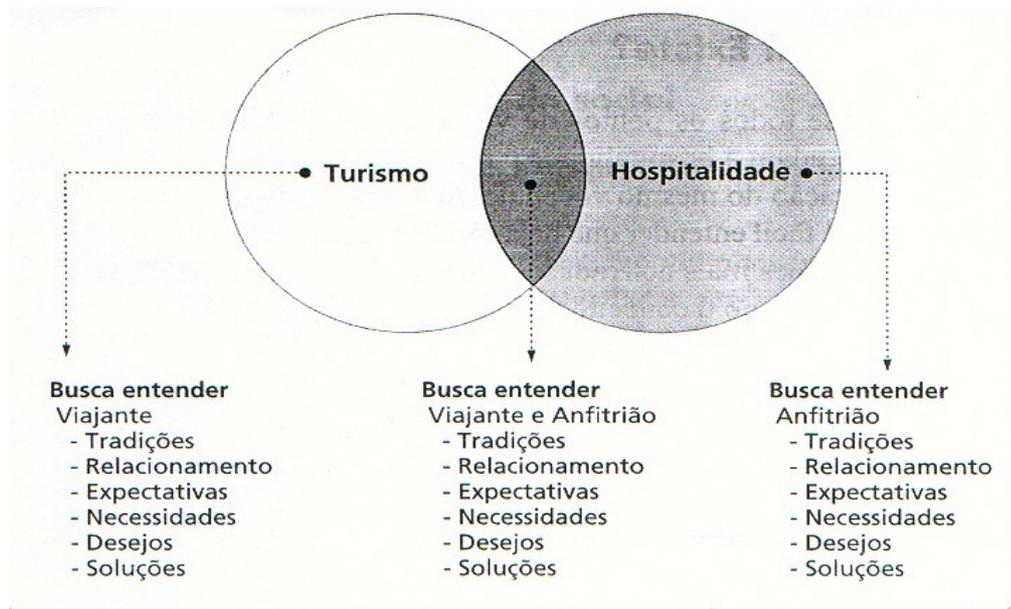


Figura 1: Interseção entre turismo e hospitalidade e estabelecimento de TRENDS

Fonte: WADA, 2003, p. 67.

Para Telfer (2004), o bom anfitrião é aquele que sabe o que e como fazer para agradar seus hóspedes (grifo nosso). É ainda mais do que ser hospitaleiro, pois envolve não apenas a oferta de serviços, pois bons hospedeiros são hábeis, atenciosos, cuidadosos. Camargo (2004) defende que a origem do conceito de hospitalidade não parte de quem recebe, e sim, das pessoas que necessitam de abrigo e calor humano. O ato de receber o outro faz parte da “ética da hospitalidade” (CAMARGO, 2004, p. 30). A questão da hospitabilidade vista dessa forma ressalta que o conceito envolve quem recebe e quem é recebido. Camargo (2004, p. 43) complementa a idéia afirmando que “ser hospitaleiro significa gosto por receber pessoas, mas não necessariamente a capacidade, a condição de oferecer hospitalidade adequada.”.

Cruz (2002) define que a hospitalidade, segundo sua natureza, é um fenômeno composto de quatro ambientes:

- a) sociocultural – centrada no indivíduo ou no coletivo, pode ser voluntária ou involuntária;
- b) profissional – prestação de serviços aos hóspedes ou visitantes;
- c) político – organização do setor através de políticas públicas;
- d) espacial – urbano ou rural, além do vínculo do indivíduo com o espaço.

A hospitalidade se baseia nos atos de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter pessoas, nos âmbitos doméstico, público, comercial e virtual:

Quadro 1 – Elementos da hospitalidade

	Recepcionar	Hospedar	Alimentar	Entreter
Doméstica	Receber pessoas em casa, de forma intencional ou casual.	Fornecer pouso e abrigo em casa para pessoas	Receber em casa para refeições e banquetes	Receber para recepções e festas.
Pública	A recepção em espaços e órgãos públicos de livre acesso.	A hospedagem proporcionada pela cidade e pelo país, incluindo hospitais, casas de saúde, presídios.	A gastronomia local	Espaços públicos de lazer e eventos.
Comercial	Os serviços profissionais de recepção	Hotéis	A restauração	Eventos e espetáculos. Espaços privados de lazer.
Virtual	Folhetos, cartazes, folderes, internet, telefone, e-mail	Sites e hospedeiros de sites	Programas na mídia e sites de gastronomia	Jogos e entretenimento na mídia.

Fonte: CAMARGO, 2004, p. 84.

Segundo Camargo (2004) existem duas escolas da hospitalidade:

- a) a francesa – que se preocupa com a hospitalidade doméstica e pública, não considerando o aspecto comercial;
- b) a americana – que considera as empresas e o comércio da hospitalidade.

A situação ideal seria uma união das duas escolas. Assim, poder-se-ia definir a hospitalidade estabelecendo pontes, ligando o que as escolas consideram importante de cada uma delas. Nesse contexto, a hospitalidade absorveria dois campos complementares, e seria baseada em relações humanas, sem ignorar as relações comerciais existentes e consolidadas.

A hospitalidade é um campo ilimitado, que pode ser estudado sob o ponto de vista de diversas áreas. Camargo (2003) defende que a hospitalidade é um campo muito amplo, que envolve uma série de disciplinas. A principal delas é o turismo, que deve ser analisado de forma holística, considerando diversas variáveis, e não apenas números – como os gastos de turistas na localidade, ou a ocupação hoteleira. Outras disciplinas relacionadas à hospitalidade são a comunicação, o urbanismo, a nutrição e o meio ambiente e lazer.

São vários os ramos ligados à hospitalidade (CAMARGO, 2004):

- a) saúde: através da medicina, enfermagem, nutrição;
- b) educação: física, artística, cultural;
- c) administração de empresas.

Para Dencker (2003), a hospitalidade possui um perfil interdisciplinar. Dessa forma, as pesquisas e os conhecimentos sobre hospitalidade se deram em áreas diversas como as ciências humanas e sociais – especificamente a antropologia, a psicologia, a sociologia, a geografia, a economia e a administração. Sendo assim, conclui que essas pesquisas e conhecimentos foram “orientados por diferentes paradigmas, formando um conjunto desconexo, sem a formação de um corpo teórico abrangente, capaz de dar conta do fenômeno como um todo” (DENCKER, 2003, p. 94). Para a autora, é necessário o desenvolvimento de um campo científico da hospitalidade, e isso ocorrerá quando conceitos forem organizados, e quando houver uma integração das diversas áreas envolvidas para a construção do corpo teórico. Busca-se uma visão holística no turismo e na hospitalidade, que pode abranger novas visões acerca dos temas.

Brotherton e Wood (2004) definem a questão central da hospitalidade como uma troca humana voluntária e com o objetivo de proporcionar o bem estar de todos os envolvidos mediante o oferecimento de serviços, como acomodação e alimentação. Vê-se na Figura 2:

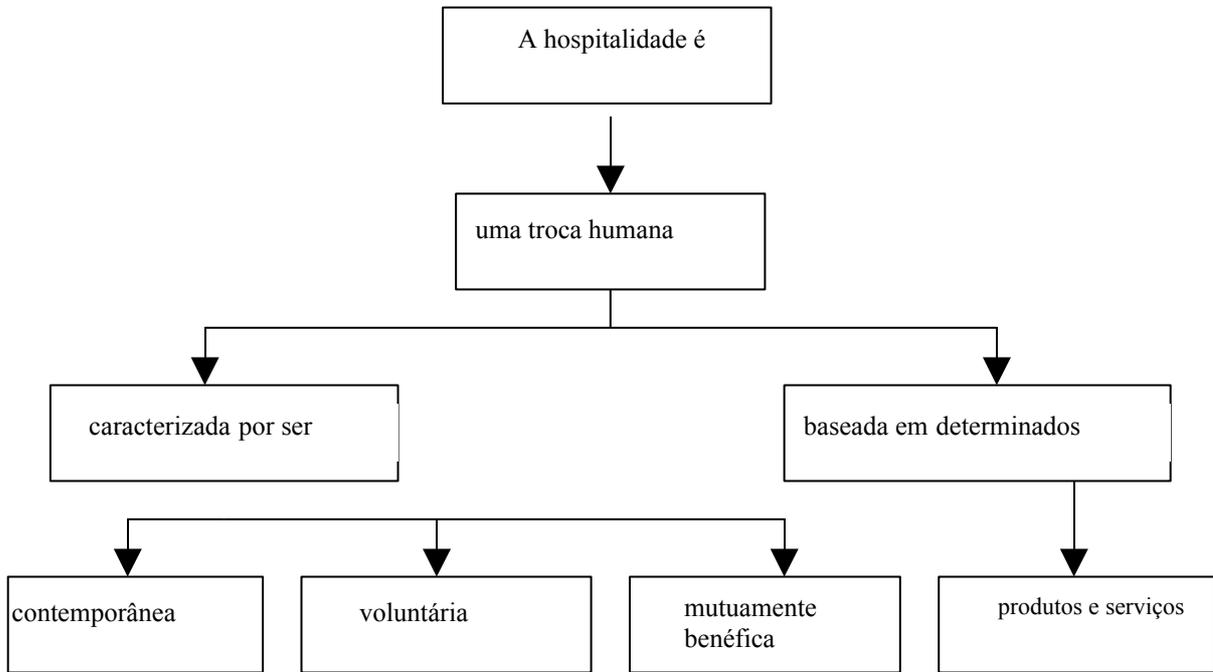


Figura 2: As dimensões da hospitalidade

Fonte: BROTHERTON E WOOD, 2004, p. 203

Para os autores, a troca humana é a origem do ato. A figura indica isso, e também que parâmetros devem ser considerados para diferenciar a hospitalidade de outras trocas humanas. Sendo assim, verifica-se o envolvimento do fator humano com o comercial. Isso complementa a idéia da união entre o estudo das duas escolas da hospitalidade. Há a ocorrência de troca humana, mas sem a exclusão da automatização dos fatores envolvidos do conceito.

Abreu (2003) constata que as organizações que trabalham a hospitalidade não podem funcionar como máquinas previsíveis, pois os seres humanos são participantes destas; o “fator humano” é muito importante.

A hospitalidade comercial é uma mimetização da hospitalidade. Quando se observa o processo de recebimento e tratamento em hospitais, hotéis, restaurantes, aeroportos, aviões etc., percebe-se que na missão empresarial se vai buscar mimetizar a antiga missão social da hospitalidade, regulamentando e normatizando a hospitalidade comercial da organização. (ABREU, 2003, p. 45).

Considera-se que há uma grande integração entre os colaboradores das organizações que trabalham a hospitalidade e seus clientes, e não há como considerar automáticas as atividades realizadas.

Entende-se, portanto, a importância da hospitalidade nas organizações e nas relações. A hospitalidade transcende o ato de hospedar, alimentar e entreter pessoas. É uma relação de troca entre pessoas e entre organizações, que deve trazer benefícios para todos os envolvidos. Oferecer serviços de qualidade é premissa básica para o futuro, e a hospitalidade é um pilar a ser explorado e mantido, a fim de que os envolvidos nessas relações obtenham satisfação e seus objetivos atingidos.

2.2 GESTÃO EM SERVIÇOS

Administração é uma palavra que pode ser considerada sob pontos de vista distintos, como a ótica social e a econômica. Administrar empresas requer conhecimento e cautela, habilidade e poder de decisão. Demanda responsabilidade com os ambientes externo e interno, e versatilidade para se ajustar às mudanças rapidamente. As técnicas de trabalho são complementadas por sensibilidade e visão. Administrar não é apenas um trabalho, é uma arte.

Para Drucker (2001), a administração é responsável por transformar recursos em produção, por promover o progresso. Por isso as organizações apostam na competência e no talento das pessoas – essas características, geralmente, levam ao sucesso. E para que a administração de uma instituição obtenha sucesso, há algumas condições.

- (a) atingir a finalidade e a missão específicas da instituição, seja uma empresa comercial, um hospital ou uma universidade;
- (b) tornar o trabalho produtivo e transformar o trabalhador em realizador;
- (c) administrar os impactos sociais e as responsabilidades sociais. (DRUCKER, 2001, p. 30)

O setor de serviços é o que mais se desenvolve atualmente. Essa realidade é constatada através do aumento do número de postos de trabalho e de demanda destes por parte da população. Serviço pode ser definido 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” (KOTLER, 2000, p. 448).

Kotler (2000) identifica quatro características particulares nos serviços: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

A intangibilidade consiste na premissa que os serviços, ao contrário dos produtos físicos, não podem ser tocados, vistos, provados antes da compra; portanto, são intangíveis. Para reduzir a incerteza, o consumidor procura por indícios de qualidade do serviço, com base em instalações, pessoas, equipamentos e preços praticados. Nos produtos, o desafio é agregar idéias abstratas, e nos serviços, agregar evidências e imagens concretas às ofertas abstratas.

A inseparabilidade é uma característica que mostra que os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente, o que não se aplica aos bens materiais – que passam por muitas etapas até serem consumidos, como fabricação e distribuição. A pessoa encarregada de realizar o serviço é parte dele, e o cliente também está presente nesta realização, e sendo assim, todos afetam no resultado. É necessário elaborar estratégias que minimizem os problemas que isso pode causar, na forma de treinamento de mais pessoas, trabalho com grupos maiores, entre outros.

A variabilidade significa que o serviço é dependente de quem o presta. Isso ocorre através da influência de quem, onde e quando se oferece o serviço. Para controlar isso, é preciso investir em treinamento, além de tentar padronizar o máximo possível, a fim de proporcionar segurança ao cliente. Também se deve monitorar a satisfação do cliente, através de pesquisas, sugestões, reclamações e comparações com a concorrência.

A precibilidade parte da premissa que os serviços não podem ser estocados. Há períodos em que a demanda é maior que a oferta, e outros em que acontece o contrário. A demanda é sazonal, mas o serviço deve ser sempre oferecido. Quando a demanda é estável, não há problema; todavia, quando há oscilação na demanda, há problemas que devem ser sanados com estratégias de equilíbrio entre a oferta e a demanda de serviços. Para a demanda, pode-se utilizar diferenciação nos preços, serviços complementares oferecidos, sistemas de reserva para monitoramento da demanda, entre outros. Para a oferta, pode-se utilizar política de contratação de funcionários por período menor, serviços compartilhados, instalações visando expansão futura, entre outros.

Las Casas (1991) considera que o comprador de serviços tem um comportamento padrão, que pode variar conforme o tipo de necessidade. Para o autor, o cliente tem a necessidade de um serviço. Então, busca informações a respeito dele e de diferentes ofertas. Assim, avalia e analisa as diferentes características das ofertas. Depois, decide com qual prestador ficará, e então realiza a compra. Após a compra, há uma avaliação da compra, da escolha.

Para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), devem-se focalizar os serviços em oito dimensões, divididas em estruturais e gerenciais. As dimensões estruturais são:

- a) sistema de atendimento: atividades de contato com o cliente, automação e participação dos clientes;
- b) projeto das instalações: compreende o tamanho, a estática, o layout das instalações;
- c) localização: é composta por dados demográficos sobre clientes, locação, competição e características do local;
- d) planejamento da capacidade: é o gerenciamento de filas, número de empregados, acomodação da demanda média.

Os serviços hospitalares bem sucedidos consideram as dimensões estruturais. Possuem um bom sistema de atendimento, com bom atendimento aos seus clientes – tanto na área médica como na hospitalidade – e a participação deles na gestão do negócio – relevando suas opiniões e sugestões –, e também oferecendo as vantagens que a automação proporciona – como a utilização da informática e de ferramentas digitais. O projeto das instalações é um pré-requisito para o bom funcionamento dos fluxos e processos, além da preocupação em oferecer um ambiente agradável, aconchegante e bonito. A localização deve ser profundamente estudada, considerando todo o entorno ao prédio – deve ter fácil acesso ao público, ser tranquilo, com baixo nível de ruído. A sua capacidade é planejada, já que um hospital tem uma série de normas a serem atendidas, e a demanda pode sofrer sazonalidade.

As dimensões gerenciais (FITZSIMMONS E FITZSIMMONS, 2000) são:

- a) encontro em serviços: é a cultura de serviços, motivação, seleção, treinamento e delegação de poder aos empregados;
- b) qualidade: a qualidade nos serviços compreende avaliações, monitoramento, métodos e garantia dos serviços;
- c) gerenciamento da capacidade e demanda: são estratégias para a alteração da demanda e para o controle do fornecimento, gerenciamento de filas;
- d) informação: nas informações, encontramos coleta de dados e recursos competitivos.

As dimensões gerenciais são pensadas também nos serviços hospitalares. O encontro em serviços tem um papel chave na gestão da instituição, já que os colaboradores devem estar em constante treinamento, motivados, e distribuídos conforme suas funções e delegações. A qualidade é indispensável nesses serviços, porque eles estão relacionados à saúde e à vida. As informações podem ser monitoradas, sendo usadas a favor em avaliações e decisões. O gerenciamento da capacidade e da demanda é, talvez, o maior problema das dimensões

gerenciais nos hospitais, já que as estratégias para alterar a demanda nem sempre são aplicáveis às instituições de saúde, o gerenciamento de filas é extremamente complexo e o controle de fornecimento requer atenção e planejamento detalhado.

Na era fordista as empresas de serviço encontravam dificuldade em utilizar técnicas de marketing por possuírem características diferentes de empresas comerciais ou industriais. Paralelamente, outras, em função do tamanho, do tipo de empresa, ou do fato de prestarem serviços com pouca oferta no mercado – que enfrentam pouca ou nenhuma concorrência – também tinham dificuldade em se posicionar de forma deliberada em um segmento de mercado e buscar as estratégias mais adequadas para ele. Hoje, no entanto, isto já é diferente. Hoje é preciso levar em consideração tanto o marketing externo como o interno:

Marketing externo pode ser entendido como o processo normal de preparo, determinação de preço, distribuição e promoção de um serviço aos clientes. Já marketing interno pode ser entendido como o processo de treinamento e motivação feito com os funcionários para que atendam bem os clientes. (KOTLER, 2000, p. 456).

O marketing interno e o externo são “dois lados da mesma moeda”. Um só é eficaz e completo se o outro também for. A imagem interna da organização deve ser bem trabalhada para que seja refletido o resultado na imagem externa. De nada adianta ter uma boa política de preços, uma distribuição eficiente, promoções competentes se o atendimento é precário, a organização da empresa é deficitária. O mercado “capta o que acontece internamente numa empresa”, seja ela como for.

É necessário que as empresa prestadoras de serviços realizem certas tarefas, que interagem e que dependem uma da outra:

- a) diferenciação: é “uma estratégia competitiva que cria um serviço que é percebido como sendo único” (FITZSIMMONS E FITZSIMMONS, 2000, p. 72). Muitas vezes é difícil a criação de diferenciais nas empresas de serviços. Quando o cliente percebe que o mercado é homogêneo, procura vantagem no preço. Kotler (2000) sugere que seja criado um diferencial quanto a oferta, entrega ou imagem:

- a.1) oferta: a oferta se vale da inovação que uma prestadora de serviços pode oferecer. Essas podem ser copiadas pelos concorrentes. Por isso, há uma necessidade de inovações temporárias para surpreender o cliente.

- a.2) entrega: para otimizar a entrega, pode-se contratar e treinar pessoas qualificadas para a execução dos serviços.
 - a.3) imagem: a imagem é um componente importante por se tratar de algo com contato direto com o público.
- b) qualidade: após a realização do serviço, os clientes comparam o que era esperado com o que foi percebido. Uma vez superadas as expectativas quanto a qualidade do serviço, o cliente possivelmente recorrerá a essa empresa quando precisar novamente. Kotler (2000) aponta para alguns itens tangíveis, que determinam a qualidade em serviços para os clientes internos e externos, como aparência das instalações e funcionários, equipamentos, material de comunicação;
- c) produtividade: para se obter uma maior produtividade, pode-se adotar uma série de ações: contratação de pessoas qualificadas para executar o serviço; aumento da quantidade de serviço, abrindo mão de certa qualidade – o que pode ser arriscado do ponto de vista da qualidade; desenvolver um serviço mais eficaz, prevenindo situações que possam causar problemas futuros – como a má comunicação entre funcionários; fazer uso da tecnologia disponível sempre que essa for importante e acessível para a empresa.

Os clientes estão ficando cada vez mais exigentes e experientes na compra de serviços. Eles ficam insatisfeitos quando uma empresa mostra “amadorismo” no trato com as pessoas. E se aborrecem quando são mal atendidos. Um cliente perdido significa muito para uma empresa, pois ele acaba por levar consigo outros potenciais e reais clientes. É importante manter o cliente, e para isso, qualidade do serviço tem que ser um requisito básico, assim como o bom atendimento e a utilização de pós-venda. Hoje, não é mais suficiente atingir as expectativas, mas sim superá-las.

2.3 HOSPITAL

A saúde é um bem maior. As pessoas estão cada vez mais se esforçando para mantê-la e melhorá-la. Cada vez mais se descobrem novidades na área da saúde que promovam o bem estar dos seres humanos. A saúde é um bem indivisível.

A saúde é um bem real, ao mesmo tempo abstrato, que só pretende obter quando se a perde e ela se torna necessidade, materializada no seu contrário, a doença. Assim, a necessidade sentida em saúde é determinada pelo seu oposto, ou seja, por sua perda. A posse desse bem, saúde, pode envolver para esse outro estado, de necessidade, (...) por acidente ou (...) doença percebida. Nesse caso, não se sabe onde acaba o bem (saúde) e começa a doença (necessidade), onde finda o normal e inicia o patológico. (RIBEIRO, 1993, p. 53).

As instituições de saúde são locais onde as patologias podem ser tratadas. Os hospitais são instituições de saúde. São organizações que não podem ser geridas como as outras – indústrias, comércio, serviços. Isso porque elas possuem certas características, muito particulares, que as tornam especiais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define hospital da seguinte forma:

Um elemento de organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à determinada população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial. (OMS, relatório nº 122, 1957, *apud* OLIVA E BORBA, 2004, p. 20).

Este conceito versa à função de educação do hospital, e também à amplitude que atingem os serviços hospitalares. Com outras palavras, mas utilizando a mesma abordagem, é conhecida outra definição da OMS para os hospitais:

Uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como curativa, e cujo serviço de consultas externas (extra-hospitalar) alcança a família em seu lar. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de profissionais de saúde, de pesquisa biossocial. (*apud* MALAGÓN-LODOÑO, 2000, p. 5).

Malagón-Lodoño (2000) considera que o hospital é administrado de forma completa, incluindo planejamento, pesquisa, avaliação e competição pela qualidade. Além disso, é “o centro da mais refinada gestão administrativa, onde são oferecidos serviços de hotelaria, é estimulado um maior espírito de humanidade e compreensão, a pesquisa é desenvolvida como uma tarefa diária” (MALAGÓN-LODOÑO, 2000, p. 2). Para o autor, o hospital é um campo fértil para o desenvolvimento de novas técnicas e sistemas de gestão e assistência, além de serem aplicados padrões rigorosos na educação e treinamento de pessoas. Em um hospital se trabalha “com uma população heterogênea, não apenas de pacientes, mas também de familiares, visitantes, vendedores, além dos funcionários da instituição” (MALAGÓN-LODOÑO, 2000, p. 2).

A forma de comunicação é essencial nas relações humanas. Nas organizações, as mensagens passadas não podem ser mal compreendidas, e nos hospitais isso não é diferente. O papel da comunicação nestas instituições extremamente delicado e importante, já que a saúde e a vida estão “em jogo”. Para Godoi (2004) não é fácil se comunicar com diversas pessoas, e em hospitais, interpretações erradas podem resultar em grandes problemas. A comunicação perfeita é de vital importância neste ambiente. Os clientes estão ansiosos pelas informações, então, a comunicação ameniza o sofrimento, transmite confiança, mostra a realidade. Já na recepção é necessário que o atendimento seja excelente – ela passa ao cliente como é o atendimento em todo o hospital. A comunicação entre os funcionários e setores deve interferir positivamente nos serviços, já que há urgência nas informações e necessidade de clareza e compreensão. Pontos a serem observados são o tom da fala, as expressões faciais e corporais, os toques, os olhares. As pessoas em um hospital devem se fazer entender, mas também entender o que se comunica.

São muitas as atividades desenvolvidas em uma instituição hospitalar:

São desenvolvidas atividades industriais de fabricação de medicamentos, de roupas de uso da própria instituição e de material curativo. Além disso, são abordados problemas físicos, psicológicos, morais, religiosos, comerciais, trabalhistas, judiciais, científicos, educativos, enfim, de toda a sorte, como somente pode ocorrer em instituições destinadas a esse tipo de atividade. (MALAGÓN-LODOÑO, 2000, p. 2)

Para Malagón-Lodoño (2000), a síntese das funções e atividades hospitalares pode ser considerada como sendo:

- a) fonte de geração de iniciativas;
- b) centro de investigação;
- c) oficina excepcional para aplicação racional de conhecimentos;
- d) instituição ideal para a formação de recursos humanos para saúde;
- e) protótipo de organização hoteleira;
- f) centro industrial para seus próprios fins;
- g) máximo agrupamento científico;
- h) empresa gigante de serviços;
- i) organização com a máxima responsabilidade moral, social, legal, científica e administrativa.

O hospital moderno, conforme trata Malagón-Lodoño (2000), é muito diferente do hospital antigo, que apenas se preocupava com procedimentos diretos de tratamentos e de recuperação da saúde, com ações isoladas. As características do hospital moderno são mais amplas e abrangentes:

- a) conectado às políticas de saúde, gerais, regionais e locais;
- b) norteado por estratégias de qualidade total;
- c) dentro da atividade permanente de investigação, avaliação de processos e retroalimentação;
- d) com esquema integrado de atenção à saúde.

Para Galvão (2003), o hospital moderno adapta-se a todo o momento a um novo modelo. Têm a missão de tratar e curar pessoas. Oferece conforto, e baseia-se em modelos de hotéis, aliando essa missão à tecnologia, preocupando-se com o bem estar do usuário. Não há mais a visão séria e sóbria na sua estrutura, mas sim, um clima familiar e de harmonia. Este novo modelo de instituição é uma necessidade. Para ser eficiente deve ter, entre seus pontos fortes, a diferenciação pela qualidade dos serviços hospitalares, a fim de contribuir com a melhoria da prestação dos serviços.

Ao citar a importância da qualidade nos serviços de saúde, Neto e Gastal (1997) concordam que há, atualmente, a percepção de uma série de modificações com relação ao papel dos clientes. Hoje, eles têm um papel importante na sociedade, pois fazem valer suas opiniões e desejam ser surpreendidos com serviços de qualidade. Também há a importância da competição, da concorrência, do mercado – busca-se a sobrevivência através da melhoria contínua em serviços oferecidos aos usuários.

Nogueira (2003) afirma que as pessoas com formação na área da saúde tendem a “enxergar” parcialmente, pensando que os especialistas é que sabem o que é melhor para o paciente. Muitas vezes esses especialistas têm razão, considerando o ponto de vista técnico, e o paciente nem sempre pode julgar a qualidade técnica do atendimento; todavia, o cliente sempre avaliará a atenção, a prontidão das pessoas para com ele, além da exatidão e da rapidez das informações prestadas, da qualidade da comida, dos serviços e muitos outros aspectos. Portanto, é imprescindível saber ouvir o cliente, descobrir e analisar o que ele precisa e o que ele deseja para, dessa forma, prestar o serviço que ele quer receber.

Pode-se entender, através da figura 3, quais são os clientes de um hospital.

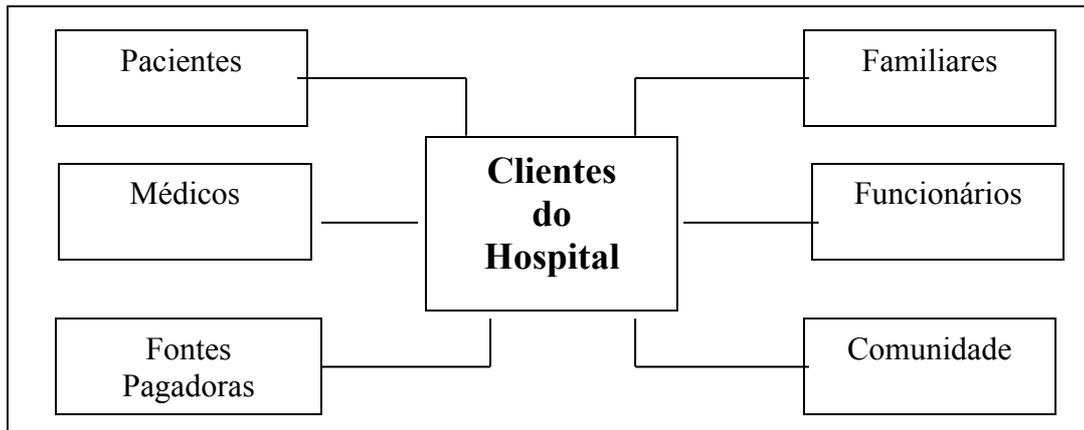


Figura 3: Os Clientes do Hospital

Fonte: NOGUEIRA, 2003, p. 28

São diversos os clientes de um hospital. Segundo Nogueira (2003), há clientes internos, que são as pessoas de dentro da instituição que necessitam de seus serviços. Também são clientes da instituição as fontes pagadoras, visto que é cada vez mais raro o paciente pagar diretamente a sua conta. Essas fontes pagadoras são: convênios, Sistema Único de Saúde (SUS), empresas de seguro médico e empregadores. Outro cliente a se considerar é o familiar ou acompanhante do paciente. Muitas vezes este é considerado “incômodo”, mas os acompanhantes devem ser tratados com consideração, além de ser indispensável oferecer a eles uma série de serviços e facilidades, como informações precisas e freqüentes, sinalização adequada, estacionamento facilitado, entre outros.

Nogueira (2003) ainda afirma que há de se considerar um grupo especial de clientes, que é a comunidade onde a instituição está inserida. Existe uma preocupação cada vez maior com os impactos ambientais que uma empresa causa, e também com as repercussões dessas ações sobre a vida da comunidade onde ela está. Há uma crescente preocupação das instituições hospitalares com resíduos, poluição sonora, segurança comunitária, entre outras melhorias.

Enfim, o hospital se preocupa também com o cliente principal, que é o paciente. Para o autor, ele é a razão de um hospital existir. É um cliente fragilizado pela situação, com sentimentos confusos, como medo, frustração, dor. Eles reagem de diferentes formas a esses sentimentos, o que faz com que cada paciente seja um cliente especial e único. Se pudesse escolher, um paciente jamais desejaria utilizar serviços hospitalares. Então, torna-se um desafio a prestação de serviços de qualidade a ele.

A origem dos hotéis e dos hospitais é identificada como sendo a mesma.

Hotéis e hospitais originaram-se do mesmo tipo de empreendimento: albergues que abrigavam viajantes e peregrinos que viajavam de povoado em povoado e recebiam também enfermos, o que ocorre até hoje em empreendimentos como sanatórios e hospitais antigos que possuem, estruturas físicas muito parecidas com as dos hotéis. (BOEGER, 2003, p. 19)

Antigamente, os doentes eram levados a esses locais a fim de serem isolados, principalmente quando estes possuíam enfermidades graves, deformantes, que causavam repugnância nas pessoas. Esse isolamento e a marginalização foi o passo inicial para a diferenciação entre hóspedes e pacientes.

Boeger (2003) também comenta a história do Hospital Hotel de Deus. Localizava-se em Paris, na França, e era considerado o maior hospital da Europa antes da revolução francesa (por volta de 1772). Atendia não apenas à população parisiense, mas aos franceses de várias localidades. Conforme pesquisa do autor, o Hospital Hotel de Deus foi projetado considerando as necessidades de conforto e bem-estar dos pacientes. As normas propostas e estudadas para a construção do hospital deram origem ao primeiro documento normativo de arquitetura e organização hospitalar, que fundamentou a gestão hospitalar.

A diferença entre hotéis e hospitais se dá em seu público, seus objetivos, seus profissionais e seus resíduos.

O hotel é um edifício onde se comercializa a hospedagem de pessoas em trânsito ou não com a oferta ou não de serviços parciais ou completos. Já o hospital é o edifício onde se comercializa os serviços de saúde e de profissionais de saúde, onde se resgata a qualidade de vida ou trata de doenças e problemas relativos à saúde. (GODOI, 2004, p. 31)

Uma idéia partilhada por muitos é a de que o hospital tem vocação para hospedar. Um exemplo interessante é o de um hospital de Caxias do Sul, que foi objeto de estudo de Brugalli (1995). O Hospital Saúde existe a mais de setenta anos. Segundo o autor, de 1931 a 1945 a instituição se chamou Hospital Santo Antônio. Depois disso, a construção foi adaptada para funcionar como hotel. Então, de 1945 a 1954 tornou-se o Caxias Hotel. Na época, era considerado muito elegante e confortável, e hospedou pessoas ilustres. Não há dados precisos sobre o fechamento; no entanto, tudo leva a crer que o hotel passava por uma fase financeira desfavorável.

O autor constatou que em 1957 foi aberta a Escola de Enfermagem Madre Justina Inês. Essa escola funcionou até 1970, quando foi anexada à Universidade de Caxias do Sul, propiciando espaço para a consolidação do Hospital Saúde. Este iniciou suas atividades em

1974, foi adaptado e modernizado, e se mantém ativo até hoje. É um dos maiores hospitais da cidade, e um importante hospital na Região Nordeste do Rio Grande do Sul.

Um hospital moderno deve se preocupar com a área técnica, que engloba a equipe médica e de enfermagem, o pessoal que trabalha diretamente com o paciente, e também os serviços médicos, terceirizados ou não, que são fornecidos a eles, com referência ao tratamento da saúde. Mas, também há outra área a ser considerada, que é a hospitalidade no hospital. Esta é a que se preocupa com o cliente de saúde, através de uma gestão da hospitalidade, incluindo os serviços de hotelaria hospitalar. Isso pode ser representado na Figura 4.

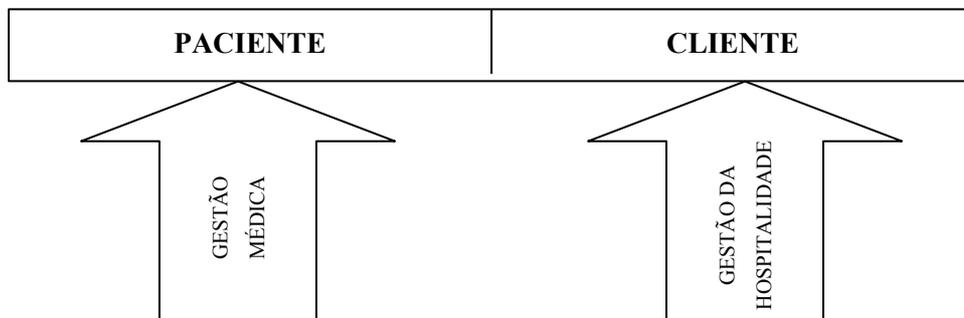


Figura 4: Gestão Médica e Gestão da Hospitalidade

Fonte: a autora

A gestão de hospitalidade deve fazer parte da rotina do hospital competitivo. Deve ser integrada com a área médica, a fim de coordenar as ações de forma aperfeiçoá-las e de tornar processos mais eficazes. O hospital que tem diferencial é aquele que consegue excelência nas duas áreas, e que as integra para proporcionar ao cliente eficácia no atendimento, bem-estar e qualidade nos serviços.

2.4 GESTÃO HOSPITALAR

Malagón-Lodoño (2000) afirma que o hospital é um centro que recebe pacientes com males que não puderam ser resolvidos em estágios e níveis inferiores. Para ele, a missão do hospital é a recuperação da saúde, e por isso, há esforços técnicos, de pesquisa e de gestão, que são realizados por uma equipe multidisciplinar, selecionada, preparada e capacitada. A direção da instituição tem papel importantíssimo, pois cabe a ela a disponibilização de recursos – sejam eles materiais, humanos, físicos – e sua distribuição adequada, a

coordenação e controle de ações e resultados. Ela deve ter como objetivo principal o aprimoramento da qualidade continuamente. Além disso, considera que todas as atividades do hospital são igualmente importantes, e a direção deve coordená-las de forma equilibrada e harmoniosa, assim como seus participantes, a fim de obter êxito com seus resultados.

Para Ribeiro (1993), são muitas as missões do hospital contemporâneo. Entre elas está o empenho em fazer viver os ameaçados pela morte, e também a formação e qualificação de profissionais, a recuperação da força de trabalho (para devolvê-la ao mercado) e a reprodução de capital (pois é uma empresa que realiza atividade econômica). “O hospital, seja ele público ou privado, representa a emergência de interesses submersos da produção industrial na Saúde. O que aparece, todavia, é o seu resultado mais brilhante e socialmente aceito: o cuidado com o enfermo.” (RIBEIRO, 1993, p. 30).

Galvão (2003) ressalta que o hospital é mais um sistema humano do que mecânico, pois apesar de utilizar muitos materiais e recursos físicos, tem como fator de grande importância seus recursos humanos, o conhecimento, a pesquisa e as características organizacionais, que se bem empregados e desenvolvidos, tornam a instituição eficiente.

Malagón-Lodoño (2000) ressalta que cada usuário é alvo de máxima atenção, todos os recursos devem ser colocados à sua disposição, sem qualquer discriminação. Para ele, a síntese da gestão hospitalar é “dedicar todos os esforços da organização para obter a plena satisfação do paciente” (MALAGÓN-LODOÑO, 2000, p. 5).

Ainda considerando Malagón-Lodoño (2000), o hospital moderno deve considerar que, diferentemente do antigo, é uma empresa de prestação de serviços, que deve estar a disposição para prestá-los com qualidade e competência, atendendo a todas as expectativas e demandas de um cliente. As competências de um hospital são estabelecidas sobre os pilares de “planejamento, organização, satisfação do trabalhador, orçamento, avaliação de gestão, disponibilidade de retroalimentação (retroação) e ética” (MALAGÓN-LODOÑO, 2000, p. 5).

Ribeiro (1993) afirma que a idéia de profissionalização da gestão hospitalar é relativamente recente. Há poucas décadas, a gestão era realizada por médicos ou pelos donos das instituições – muitas vezes pessoas sem formação adequada. “A administração do hospital está hoje fora do controle médico e, por isso mesmo, é habitualmente criticada.” (RIBEIRO, 1993, p. 43).

Levando em consideração o grau de personalização e interação, mais a intensidade de mão-de-obra despendida nos serviços hospitalares, é sabido que se trata de um serviço profissional procurado por clientes que, segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), receberão atenção individual de especialistas altamente treinados. O médico e o paciente

devem interagir nas consultas e procedimentos cirúrgicos para atingir resultados satisfatórios. Além disso, o paciente, hoje, quer ser tratado como indivíduo, e não apenas como “paciente”. Deseja receber cuidados médicos de forma personalizada, de acordo com suas necessidades específicas.

2.4.1 Organização estrutural de hospitais

Para se projetar com clareza a estruturação de um hospital, Triviño (2000) propõe que se considerem duas variáveis: demográfica – taxas de mortalidade, natalidade, fecundidade, estrutura das populações – e condições de saúde da população a que vai se prestar assistência – morbidade, mortalidade e incapacidade. Assim, pode-se verificar qual o nível de atenção médica e o grau de complexidade nos quais a instituição será implementada. Esses níveis de complexidade e atenção se relacionam com os recursos disponíveis para atender às doenças que se propõe a atender.

Triviño (2000) considera que, tradicionalmente, são estabelecidos três níveis de atenção e complexidade hospitalar. Uma instituição de saúde de Nível I normalmente soluciona patologias apresentadas pela comunidade atendida, com o atendimento de profissionais generalistas.

Um hospital de Nível II inclui todas as atividades desenvolvidas no de nível I, além daquelas para se adequar à complexidade crescente, que é atribuída a esse nível. Esse tipo de hospital também oferece serviços de saúde bucal, saúde mental, pediatria, ginecologia e obstetrícia, radiologia, patologia, entre outros que não se oferecem no hospital de Nível I.

A instituição de Nível III deve comportar mais serviços clínicos e cirúrgicos do que os hospitais de Nível II. Também deve se preocupar com pesquisa e se aprofundar no conhecimento científico e na tecnologia que demandam as patologias que não podem ser atendidas em níveis inferiores

Contudo, levando em conta os avanços tecnológicos e científicos, se faz necessário considerar um quarto nível para algumas instituições.

Triviño (2000) considera que as instituições de Nível IV são aquelas que atendem o mais alto grau de complexidade de patologias, como transplantes e tratamentos e intervenções que demandem diferentes especialidades simultaneamente para solucionar esses casos. Então, haverá hospitais de Nível IV que atendem apenas um sistema, como cardiovascular, neurológico, entre outros. Esses são chamados de hospitais de referência. Também, segundo

Triviño (2000), há outros que realizam mais de uma destas intervenções do Nível IV, mas sem realizar a totalidade de intervenções para um Nível IV, em todos os seus serviços.

2.4.2 Gestão hoteleira em hospitais

A gestão hoteleira de hospitais é um tema recente nas discussões acadêmicas e no mercado. Sabe-se que sempre houve serviços prestados aos pacientes além dos serviços médicos, mas até pouco tempo atrás não eram considerados como possibilidade de diferencial de uma instituição para outra. Apenas nas últimas décadas o paciente vem sendo tratado como cliente. Para tanto, ele deve ser considerado como tendo necessidades e desejos a serem satisfeitos que não a sua saúde, a sua doença ou tratamento.

A humanização é tratada por Mezomo (2001) como uma política administrativa inserida na rotina hospitalar, integrada e focada no atendimento personalizado ao paciente, e não apenas como uma prática isolada, esporádica e promocional.

Nos hospitais, a hotelaria é definida, segundo Godoi (2004, p. 43, grifos do autor), como o ato de oferecer serviços que satisfazem e encantam o cliente, visando a “*humanização do atendimento e do ambiente hospitalar*”. A hospitalidade reduz o sofrimento de pacientes e clientes. As iniciativas nesse sentido têm sido desenvolvidas com sucesso, e proporciona benefícios a todos que se envolvem.

O caminho encontrado é a hotelaria hospitalar, uma tendência que veio para livrar os hospitais da “cara de hospital” e que traz em sua essência uma proposta de adaptação a nova realidade do mercado, modificando e introduzindo novos processos, serviços e condutas. (TARABOULSI, 2003, p. 18, grifos do autor)

Um conceito bastante simples de 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.” (BOEGER, 2003, p. 24)

Dessa forma, pode-se afirmar que a hotelaria hospitalar é o conjunto de serviços disponibilizados aos clientes internos (funcionários) e aos clientes externos (pacientes e acompanhantes). São os cuidados com o paciente e seu(s) acompanhante(s), desde a sua chegada ao hospital até a sua saída, com repasse de informações administrativas e serviços aos colaboradores. A hotelaria hospitalar tem por objetivo oferecer condições de conforto, bem-estar, assistência, segurança e qualidade no atendimento, através de cortesia, segurança, acompanhamento do cliente, responsabilidade com acomodação, roupas, ambiente, higiene,

manutenção e alimentação. É a reunião de todas as atividades oferecidas nos hotéis, agregadas a todas as práticas profissionais existentes nas instituições de saúde.

A hotelaria dentro do hospital sempre existiu, sendo integrada às atividades dos profissionais de saúde. Além dos cuidados com os seus clientes, esses profissionais acumulavam mais essa função, e contavam com o auxílio de mão de obra pouco qualificada e especializada para esse serviço.

Godoi (2004) aceita que os hotéis têm muitas semelhanças com os hospitais. Ambos têm muitos setores com funções idênticas (como lavanderia, cozinha, recepção, entre outras). Hoje, diferente de alguns anos atrás, outros serviços – como lojas e restaurantes – são oferecidos aos clientes, sejam eles pacientes, acompanhantes ou clientes internos, a fim de proporcionar um maior conforto e bem estar dos mesmos.

Na hotelaria convencional há uma série de departamentos que podem ser transportados para um hospital. Analisando Boeger (2003) e Taraboulsi (2003), percebe-se que há total concordância com essa concepção. Para os autores, os mais utilizados e importantes departamentos “hoteleiros” em um hospital são:

- a) departamento de hospedagem: responsável pela orientação e coordenação das atividades operacionais de recepção, reservas, telefonia, mensageria, de acordo com a demanda da hotelaria hospitalar. Os serviços de recepção e hospedagem devem interagir com os médico-hospitalares. Pode-se solicitar, através desse setor, uma série de serviços, como compra de objetos de uso pessoal, manicuro, pedicuro, barbeiro, informações sobre saldo da conta hospitalar, tarifa de uso do telefone, alta hospitalar, pesquisa de opinião, solicitação de jornais, revistas e *amenities* (conveniências). O saguão da recepção deve oferecer uma atmosfera agradável, decoração adequada e profissionais treinados. Os colaboradores devem ser cientes de sua importância e dos objetivos dos serviços de hotelaria.
- b) departamento de alimentos e bebidas: talvez seja este o mais complexo dos departamentos da estrutura do hospital. Por outro lado, é o campo de maior aproveitamento na adaptação dos serviços de hotelaria em hospitais. Não é possível ignorar a diferença entre a área de nutrição, coordenada por nutricionistas que prestam serviços aos pacientes, da área de alimentos e bebidas, que tem como público alvo os familiares, acompanhantes, visitantes, clientes de saúde sem restrições alimentares e todas as pessoas que freqüentam a instituição. A área de nutrição (também chamada de serviço de nutrição e dietética) dedica atenção

especial ao *room service*, visto que a vasta maioria das refeições aos pacientes é servida nos apartamentos. Essa área deve disponibilizar junto aos clientes serviços como orientação de nutricionista, opções de cardápio (conforme as preferências e limitações de cada um), solicitação de diversos materiais relacionados à área e alimentos (como café, chá, sucos, canudos, talheres, etc.). O entrosamento entre as duas áreas pode trazer muitos benefícios, unindo aos serviços de alimentação disponíveis a qualidade e a inovação. Nesse departamento se encontram:

- b.1) restaurante: são servidos pratos diversos para o público externo, acompanhantes, visitantes, etc. Um restaurante pode ter diversos tipos de comida e de serviços, apenas deve-se ter coerência com o nível do hospital.
 - b.2) cozinha: espaço onde são preparadas as refeições, é comparada a cozinha de hotéis (equipamentos, instalações, métodos de trabalho).
 - b.3) copa: serve de apoio a outros setores. Atende aos pedidos de lanches rápidos e bebidas para o público em geral (inclusive de eventuais eventos), prepara *couvert* do restaurante e alimentos para o café da manhã.
 - b.4) *coffee shop*: também conhecido como lanchonete, é o espaço onde são servidos cafés, lanches, bebidas, refeições leves. Destinado aos públicos interno e externo.
 - b.5) serviço de café da manhã: pode ser servido no apartamento ou em outro local (como o próprio restaurante). É recomendado que seja servido em outro local que não o apartamento, visto que dessa forma há uma menor demanda de equipamentos, pessoal, materiais, etc.
 - b.6) *room service*: consiste em servir as refeições para acompanhantes e visitantes nos apartamentos.
- c) departamento de eventos, *marketing* e lazer: a área de marketing está situada juntamente com a área administrativa. Os eventos podem proporcionar ao hospital a captação de receitas provenientes de congressos, seminários, exposições, simpósios, palestras e outros eventos, cuja natureza tem aspectos ligados à atividade hospitalar. Eventos realizados em hospitais devem ser muito bem planejados, organizados e acompanhados para que não ocorram problemas, não apenas com o evento, mas também com toda a instituição. A disponibilização de uma estrutura de lazer e bem estar representa a preocupação do hospital no

tratamento de seus clientes. A entidade deve levar em consideração que atividades sociais contribuem positivamente na recuperação dos clientes de saúde. As atividades de lazer podem ser de diversos tipos, como ginástica, cinema, jogos, brincadeiras, peças teatrais, entre outras.

d) outros departamentos e serviços inerentes à hotelaria hospitalar:

- d.1) departamento de governança: envolve a responsabilidade da limpeza dos apartamentos e áreas sociais, os uniformes, a lavanderia, a rouparia, a costura, a destinação de resíduos e de materiais especiais. O setor é muito importante, pois as atividades estão presentes durante todo o tempo de permanência no hospital. O cuidado e o asseio com as instalações e com as pessoas devem ser constantes, visto que o atendimento e os serviços nos apartamentos são responsáveis pela formação de opinião dos clientes e pela boa imagem da entidade.
- d.2) departamento de manutenção: responsável pela manutenção preventiva e corretiva dos apartamentos. É necessária a elaboração de *checklist* com a governança, mas também deve-se atender necessidades especiais dos clientes.
- d.3) automação hoteleira: está diretamente ligada à informatização. Usa-se a tecnologia em favor dos clientes. Isso acontece em forma de controles automáticos de temperatura, fechaduras, abertura de janelas, telefones, entre outros. O cliente dispõe de serviços de *pay per view*, jogos de videogame, internet, além de monitoramento constante e detalhado de pacientes, e de redes de informações úteis aos profissionais e pacientes.
- d.4) assessoria de Imprensa: é responsável pela comunicação, divulgação e promoção da empresa. Além disso, divulga boletins médicos e responde pelos clientes que demandam esse tipo de serviço.
- d.5) academias de ginástica: destinadas aos acompanhantes, visitantes e público externo, principalmente. Porém, pode dispor de serviços de fisioterapia, testes, exames e outros ligados a tratamentos de pacientes.
- d.6) lojas: são muito utilizadas não apenas pelo próprio paciente, mas também pelos acompanhantes, visitantes, colaboradores, médicos, ou seja, toda e qualquer pessoa que tenha contato com o hospital. O principal objetivo da manutenção de lojas não é a receita que pode vir a gerar, mas sim o serviço prestado ao cliente.

Os clientes são exigentes, e muito mais hoje do que no passado, visto que a oferta de serviços é maior, e o tratamento a eles, melhor. Procuram hospitais particulares que apresentem um diferencial, que se disponham em oferecer conforto, humanização e qualidade, não guardando relação com os hospitais frios e impessoais de décadas atrás. Dessa forma, quando o cliente puder se “esquecer” que está em um hospital, o seu restabelecimento poderá ser mais rápido.

Para Taraboulsi (2003), os hospitais estão tentando se desfazer da imagem antiga. Os gestores de hospitais estão se preocupando com os pacientes (estado físico e também emocional) e acompanhantes (que precisam permanecer no hospital por muitas horas), e procuram humanizar o ambiente.

Hoje há uma grande semelhança entre hotéis e hospitais. Não há mais lugar no mercado para um hospital que não se preocupa em fornecer opções de alimentação, lazer, atividades ou hospedagem aos seus clientes – sejam eles pacientes ou acompanhantes. Um paciente com suas diversas necessidades satisfeitas pode ter uma cura mais rápida e eficaz. As novas técnicas e tecnologias médicas e os sistemas de atendimento não podem fazer com que se esqueça que “(...) o único objetivo de toda a atividade hospitalar: ser um serviço para seres humanos!” (MEZOMO, 2001, p. 279).

2.5 TERCEIRIZAÇÃO

Muito já se discutiu a respeito da terceirização nas empresas. Sabe-se que ela pode ser muito vantajosa, mas se for mal planejada e administrada, traz grandes problemas. Cabe aos administradores analisar a situação atual da organização, e se ela tem perfil para enfrentar um processo desgastante de implantação deste conceito.

Para conceituar a terceirização, pode-se afirmar que “é um processo planejado de transferência de atividades para serem realizadas por terceiros” (PAGNONCELLI, 1993, p. 10). O mesmo autor baseia seu conceito em quatro pontos principais:

- a) que a terceirização é um processo, pelo fato de ser contínuo e permanente;
- b) que deve ser considerado um referencial do planejamento estratégico para implantá-la;
- c) que se refere às atividades inexistentes na essência da missão da empresa;
- d) que tem estas atividades executadas por terceiros, fora da organização.

Giosa (1997) tem três definições principais para a terceirização. A primeira é que é uma tendência de transferir a terceiros as atividades fora do negócio principal da empresa. A segunda é que essa tendência concentra esforços em atividades essenciais, passando para terceiros o que é complementar. E a terceira definição é a afirmação de que “é um processo de gestão pelo qual se repassam algumas atividades para terceiros – com as quais se estabelece uma relação de parceria – ficando a empresa concentrada apenas em tarefas essencialmente ligadas ao negócio em que atua”. (GIOSA, 1999, p. 14). Para o autor, a parceria é uma nova visão de relacionamento comercial, sendo que o fornecedor passa a ser como um sócio do negócio, num regime de confiança pleno para com o cliente.

Leiria e Saratt (1996) defendem que o princípio da terceirização é delegar a outros tudo o que não se considera atividade-fim da cadeia produtiva de um negócio. O desemprego na comunidade seria “lenda”: a mão de obra é absorvida pelos prestadores dos serviços, que ampliam o mercado. Para os autores, o enxugamento da organização “gera simplificação administrativa, economia de recursos, aumento de investimentos na especialização e, como resultado final, aumento da produtividade e, até mesmo, uma qualidade superior no produto” (LEIRIA E SARATT, 1996, p. 18)

Para Alvarez (1998, p. 2), as opiniões que envolvem a questão são, basicamente, sustentadas por alguns elementos comuns, que são a qualidade, a parceria e a mudança, além de que “a vantagem competitiva advinda de uma estratégia bem plantada, decorrente de um saudável relacionamento entre cliente e fornecedor”.

A Terceirização não tem uma fórmula de sucesso, mas é necessário que alguns passos sejam seguidos. Leiria e Saratt (1996) definem esses passos conforme é visto a seguir:

- a) planejamento: estudo e identificação das áreas suscetíveis à terceirização e do perfil do terceiro e elaborar o cronograma;
- b) ação: cadastramento de prestadores de serviço e determinação da espécie jurídica do contrato;
- c) controle: acompanhamento e execução do contrato, desenvolvimento e acompanhamento contínuo, e estabelecimento de prazos para chegar à ausência de risco.

Os autores trazem o que seria o correto em suas opiniões (Figura 5):

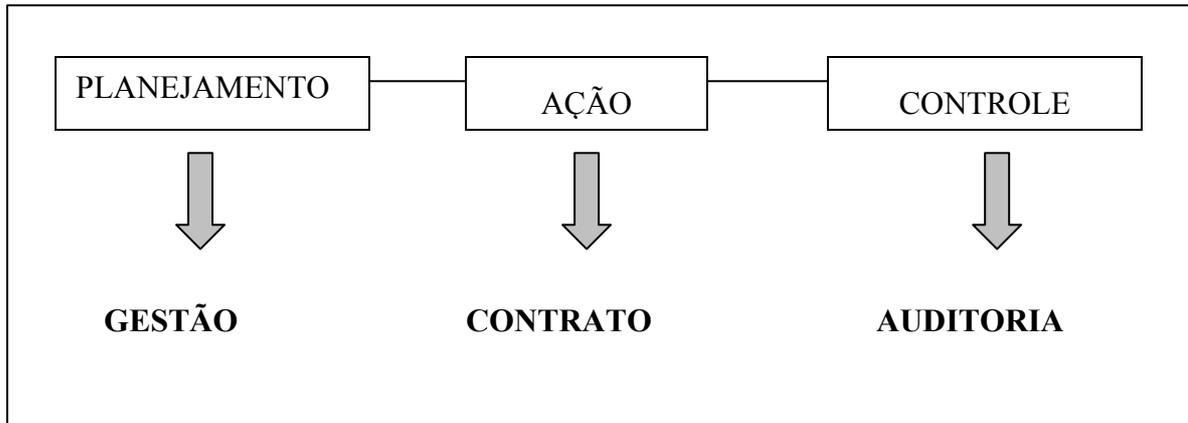


Figura 5: Etapas da Terceirização

Fonte: LEIRIA E SARATT, 1996, p. 87.

Já Pagnoncelli (1993) afirma que podem ser seis as etapas para realização da terceirização: 1) conscientização das pessoas; 2) decisão e critérios quanto às áreas a serem terceirizadas; 3) projeto; 4) programa de apoio (desenvolvimento de pessoas); 5) acompanhamento permanente; e 6) avaliação dos resultados.

Vê-se que os dois autores são complementares no que diz respeito à forma de como implantar a terceirização em empresas. E, principalmente, há uma ênfase na questão de planejamento. Ele é necessário para que a tomada de decisão seja feita de forma a reduzir riscos e minimizar os erros. O controle e a avaliação são instrumentos para verificar o equilíbrio no funcionamento das atividades, e para o monitoramento e identificação de mudanças necessárias ao planejamento e à execução.

Não há dúvidas que a terceirização deve ser muito bem planejada. Todavia, há uma série de benefícios, e também de problemas que ela pode trazer, conforme a forma de geri-la. Para Giosa (1997), a terceirização deve ser aplicada às empresas porque é saudável, no momento em que estas revisam seu funcionamento e propõem mudanças – operacionais, de estrutura, de sistemas, entre muitas outras possíveis – a fim de agilizar processos e de otimizar seus recursos. E, além disso, reforça a questão estratégica, sendo que esta visão é fundamental à implantação, no escopo da revisão de estratégias, filosofias e custos, conscientização de equipes, alocação de recursos, visão global e relações com fornecedores e parceiros.

As estratégias são pontos cruciais para a determinação do futuro de uma empresa. “O processo estratégico é apanágio do grupo de comando da empresa. É ele que determina o que a empresa é e quer ser e o que faz e quer fazer (e muitas vezes também como faz o que faz e

como fará o que quer fazer)” (BETHLEM, 2002, p. 65-66). A estratégia é essencial para todas as empresas, pois ela é o modo de sobrevivência, de diferenciação da concorrência. Segundo Vasconcelos Filho e Pagnoncelli (2001), as estratégias apóiam a escolha de caminhos através da análise do ambiente, escolhendo o melhor posicionamento estratégico de mercado e a otimização dos recursos. Criam um diferencial competitivo, motivam a equipe, orientam o marketing, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoas, levando a empresa a ter em seu quadro de colaboradores pessoas com perfil adequado à cultura e à conduta da empresa. Além disso, as estratégias orientam a cadeia de agregação de valor – concentração em atividades que dão valor aos serviços e produtos –, e também orientam investimentos – apenas se investe no que é essencial.

A inovação na arquitetura organizacional ou nos processos, quando bem estruturados, traz uma série de benefícios para a empresa. Portanto, as oportunidades de mudança neste sentido são objetos de análise rigorosa nas empresas competitivas. Como visto anteriormente, a terceirização deve ser um referencial do planejamento empresarial, com vistas à eliminação de processos que não existem na essência da missão da empresa. É uma ferramenta de estratégia possível, se sua implantação não implicar em transformações que tragam mais desvantagens do que benefícios.

Os benefícios da terceirização, conforme já ressaltado, são muitos. Alguns deles podem ser destacados (LEIRIA E SARATT, 1996; PAGNONCELLI, 1993; GIOSA, 1997), tais como redução de custos e de desperdício, valorização das pessoas, agilidade nos processos e na tomada de decisão, melhoria da qualidade, aumento da especialização, aumento da competitividade nas empresas, entre muitos outros.

Também há desvantagens e armadilhas nas terceirizações – sejam elas bem ou mal implantadas. É necessário minimizar estes malefícios para obter sucesso com as novas diretrizes. Estas desvantagens são, para Leiria e Saratt (1996), Pagnoncelli (1993) e Giosa (1997), entre outras, má escolha de parceiros, aumento do risco a ser administrado, mudanças na estrutura de poder, aumento na dependência de terceiros, quebra de sigilo e informações confidenciais divulgadas, vinculação da receita do contratado à demanda de serviço e problemas legais.

Cabe à empresa interessada ter bom planejamento e estudos que determinem se a contratação de serviços externos traz desenvolvimento ou problemas para a gestão do negócio. O equilíbrio é muito importante na tomada de decisão, e isso significa que os benefícios devem, não apenas compensar, mas superar as dificuldades nesse sentido. Um hospital pode ter problemas graves se fizer escolhas erradas. Porém, se realizar os passos

corretos, pode obter uma série de vantagens, principalmente no que diz respeito ao serviço diretamente ligado ao paciente-cliente – que percebe a qualidade do serviço prestado. Portanto, muitas atividades podem ser terceirizadas, não somente para reduzir custos e agilizar processos administrativos e rotinas de trabalho, mas com a importante missão de proporcionar a hospitalidade ao paciente-cliente.

Há diversas áreas e atividades que podem ser terceirizadas em empresas. Segundo Giosa (1997), a terceirização se aplica muito bem à administração de mão de obra e de restaurantes, e também à limpeza, conservação, segurança, manutenção, entre outras. Com o êxito da aplicação do conceito, outras áreas, tradicionalmente geridas de forma focada e tidas como especializadas, estão se adaptando à introdução da terceirização. Como exemplos podem ser enumerados: logística e distribuição, suprimentos, jurídico, recursos humanos, auditoria interna, controle de qualidade, marketing e comunicação, entre outros.

Vê-se uma ampla possibilidade de terceirização de serviços em hospitais. Tratando-se de organizações complexas, o cuidado na escolha de fornecedores e parceiros é essencial, pois estes devem ser confiáveis, seguros e flexíveis na forma de trabalhar. A contratação de serviços externos em instituições de saúde pode se dar em diversas atividades, inclusive as anteriormente citadas. Além disso, terceirização em serviços de lavanderia, recolhimento e processamento de resíduos hospitalares, higienização, acessória de imprensa, recepção e até cuidados médicos e de enfermagem podem ser fontes de aplicação da terceirização e de desenvolvimento de parcerias.

2.6 COMPETITIVIDADE EM SERVIÇOS

Grönroos (1993) identifica uma mudança nas estruturas empresariais e na concorrência – a que ele chama de nova concorrência. Essa mudança se daria por conta de duas fontes. A primeira seria o mercado. Os clientes estão se tornando mais exigentes e suas necessidades mais complexas. “As empresas têm que levar em consideração as novas exigências do mercado para que possam agregar mais valor para os clientes do mercado nas suas soluções técnicas que se vêm embutidas em uma mercadoria ou serviço” (GRÖNROOS, 1993, p. 17). A outra fonte é a tecnologia. O desenvolvimento – em especial na tecnologia de informação – permite às empresas a criação de novos serviços, com muito mais rapidez e facilidade, trazendo inovação ao mercado.

Conforme Vasconcelos Filho e Pagnoncelli (2001), as estratégias apóiam as escolhas e caminhos da empresa, criam diferencial competitivo, orientam o marketing, motivam a

equipe, orientam recrutamento, seleção e treinamento, orientam a cadeia de agregação de valor e os investimentos. A estratégia refere-se à posição da empresa no futuro, e o que essa deve fazer para alcançar este objetivo, sem deixar de considerar o ambiente em que atua. É uma necessidade da empresa, não importando seu segmento, ramo ou tamanho, pois isso é o que faz com que ela sobreviva e se diferencie da concorrência. Quando se faz planejamento com a utilização de estratégias bem definidas, tem-se uma série de vantagens, como racionalização de recursos, maior participação e envolvimento dos recursos humanos, antecipação de problemas e de oportunidades, entre outras.

Para Mintzberg (2004), é necessário que o planejamento tenha seu lugar reconhecido na empresa. Ele não é feito por acaso. O autor afirma que entre as definições formais de planejamento estão: pensar no futuro; controlar o futuro; e tomada de decisão. Todas essas são visões equivocadas por não considerarem suas limitações ou amplitude excessiva, ou por pouco ajudarem. Devem-se considerar definições mais limitadas de planejamento como um processo. O autor ressalta que planejamento é tomada de decisão integrada – o que indica um posicionamento – e que é “um procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões” (MINTZBERG, 2004, P.26). O que capta a idéia de planejamento é a formalização, a sistematização do fenômeno ao qual ele se aplica.

Estratégia, considerando Mintzberg (2004) e Ahlstrand, Lampel, e Mintzberg (2004), é uma palavra definida freqüentemente de uma forma, mas usada de outra diferente. Muitos a definem como sendo um plano, e também um padrão. Para o autor, essa definição é de certa forma correta, pois as empresas planejam seu futuro e extraem padrões do seu passado. Mas as estratégias pretendidas nem sempre são as realizadas. São extremos: se nunca são realizadas, pressupõe negligência, e se são sempre realizadas, pressupõe inflexibilidade. Outras definições consideradas são que estratégia é posição (determinados produtos em determinados mercados, empresa olhando para fora, para o mercado externo), e em contraponto, que a estratégia é perspectiva (empresa olhando para dentro e para cima, a grande visão). O autor ressalta que as organizações precisam considerar tanto as posições quanto as perspectivas na formação da estratégia. No entanto, a literatura existente prefere um ao outro, nunca a sua combinação.

Nossa conclusão é que ‘planejamento estratégico’ não pode ser sinônimo de formação de estratégia, que abrange tudo isso, e certamente não é eficaz nesse processo. A implicação disso é que o planejamento pode ter menos a ver com formação de estratégia do que geralmente se alega, mas, também, que os planejadores provavelmente têm mais trabalho a fazer do que as vezes percebem! (MINTZBERG, 2004, p.38-39)

Albrecht e Zemke (2002) defendem a existência de uma estratégia de serviços. Ela posiciona os serviços no mercado, de forma a ressaltar seus benefícios pessoais ou utilitários, que são requisitados pelos clientes. Outra vantagem das empresas que se utilizam das estratégias de serviços é o fornecimento de uma trajetória para a organização. Assim, toda gerência conhece o negócio, seus princípios e objetivos, e os gerentes têm consciência de quem são e de quem não são – talvez o mais importante. A estratégia de serviços possibilita que os colaboradores saibam o que a gerência espera deles e o que é importante na organização, além de oferecer uma visão muito clara sobre como é prestar um serviço corretamente. “Uma estratégia de serviços específica, bem-comunicada e remodelada com frequência, consolida a crença da empresa de que os serviços aos clientes formam o vetor mais importante do sucesso da empresa.” (ALBRECHT E ZEMKE, 2002, p.126).

Segundo Oliver (1999, p. 69), “O consumidor hoje, dotado de conhecimento, é participante e poderoso”. Os consumidores são exigentes, mas que isso deve ser visto de maneira positiva, visto que dessa forma eles criam oportunidades – o que pode gerar grandes mercados e empresas. Os clientes do século XXI querem “velocidade, qualidade, variedade, assistência e preço” (OLIVER, 1999, p. 69).

O autor prega que as empresas de sucesso de hoje são as que inovam no sentido de satisfazer os clientes, pois esses têm urgência na solução para suas necessidades.

O futuro não pode ser adivinhado. No entanto, é possível planejar cenários futuros utilizando técnicas e visões baseadas no passado, no presente e em tendências. No mundo dos negócios essa idéia é importante. Podem-se planejar ações futuras baseadas em cenários possíveis, estudados e explorados previamente.

Oliver (1999) defende que, no futuro, haverá mudanças nos elementos de uma empresa, e interação entre eles. Alguns desses elementos são a concorrência, os clientes, os produtos, processos e crenças – chamadas de religiões. O autor fala em sete mandamentos para o sucesso nos negócios futuros: a reinvenção diária – inovação periódica e permanente; marketing orientado para consumidores e não para o mercado – novo relacionamento com os clientes, dando a eles poder de decisão; logística como vantagem competitiva – através de alianças estratégicas interessantes para todas as partes; personalização e adaptação de produtos e serviços – para atingir individualmente os clientes, e não o mercado como um todo; pensamento e ação global – pois o mercado é global e demanda produtos e marcas globais; venda direta aos clientes – eliminando intermediários que não agregam valor ao produto; e a substituição de regras rígidas por uma nova estrutura organizacional – baseada na

liberdade dos colaboradores em desempenhar seus papéis de acordo com suas preferências e com sua produtividade.

Galvão (2003) afirma que no cenário atual, em que o mercado é intensamente competitivo, as organizações mais bem sucedidas são aquelas que conseguem captar uma informação e transformá-la em um novo produto ou serviço. Isso é percebido nos hospitais, pois cada vez mais se adaptam serviços oferecidos em outras instituições às suas realidades. Quando se sabe o que o cliente gostaria de ter ao seu dispor, é possível transformar essa informação em um novo serviço, estando assim à frente da concorrência, fazendo um trabalho diferenciado. Isso é intensamente procurado pelas instituições modernas, que percebem o quão importante é o oferecimento de novos serviços no bem estar dos seus clientes. A atual função do hospital deve ser tratar o paciente de forma global, atento ao bom funcionamento do organismo, mas também aos aspectos psicológicos e sociais.

Para obterem êxito, as instituições de saúde precisam estar atentas às mudanças constantes do mercado. O planejamento e a elaboração de estratégias já é uma condição a ser preenchida, não é mais diferencial, visto que as empresas de saúde competem entre si, e lançam mão de ferramentas e técnicas de gestão para atingirem seus objetivos. O monitoramento da concorrência, o marketing orientado para o cliente, a boa gestão de logística e a construção e o planejamento de cenários são perfeitamente aplicados a estas instituições. Além disso, as organizações de saúde também servem de modelo ao desenvolvimento de ferramentas e técnicas de gestão. Mas tudo isso deve ter como propósito maior o ser humano: o cliente e sua saúde.

Já foi discutido o papel de diversos aspectos de hospitalidade nas instituições de saúde. Nestas, há uma série de novas áreas e serviços oferecidos ao cliente, já que um hospital, hoje, só é competitivo se proporciona ao seu paciente-cliente a qualidade de vida. Uma área importante que tem sido cada vez mais trabalhada nestas organizações é o lazer, que pode trazer alegria e bem estar às pessoas. Outro fator absolutamente essencial para a inclusão da hospitalidade é a alimentação, que pode transformar a refeição em um momento de encanto. A arquitetura e a engenharia de hospitais mudaram muito, pois através da implantação de novos conceitos destas áreas os ambientes se tornam agradáveis e aconchegantes, e a sensação de que não se está em um hospital diminui. Esses três aspectos correspondem a possíveis diferenciais que um hospital competitivo apresenta aos seus pacientes.

2.7 LAZER

O lazer é um tema por diferentes disciplinas há muito tempo. Caracterizar o lazer é complexo, pois essa palavra tem uma série de “interpretações”, em função da área que se está estudando.

Walker (2002, p. 337) define o lazer como sendo, simplesmente, “o tempo livre fora do trabalho, do qual, em tese, a pessoa pode dispor da forma que quiser”. A questão do tempo livre é trazida por Boullón (2004), que o define como sendo o tempo total de que se dispõe, menos o tempo de obrigações. Esse tempo de obrigações é composto por obrigações primárias – trabalho ou estudo – e secundárias – viagens, higiene, tarefas domésticas, entre outros –, além das obrigações fisiológicas, como dormir e comer. O tempo livre é um determinado número de dias ou horas disponíveis para o ócio ou o lazer, e “ócio é uma palavra que, em nosso idioma, pode ser usada pejorativamente, mas, em sua versão positiva, significa o mesmo que lazer” (BOULLÓN, 2004, p. 61). O lazer seria o tempo usado para o descanso do corpo e do espírito, porém de uma forma ativa.

O lazer é identificado como peça importante para a vida pessoal e profissional das pessoas. “O lazer apresenta-se como um elemento central da cultura vivida por milhões de trabalhadores, possui relações sutis e profundas com todos os grandes problemas oriundos do trabalho, da família e da política que, sob sua influência, passam a ser tratados em novos termos.” (DUMAZEDIER, 2001, p.20).

Até a área de gestão tem tratado e estudado o ócio e o lazer como elementos de vantagem competitiva, principalmente porque estão ligados, diretamente, com a criatividade (DE MASI, 2000). Isto, em função de ele ser importante para a saúde física e mental dos indivíduos. Seu conceito é bastante amplo, mas pode-se defini-lo de forma simplificada:

O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou, ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.
(DUMAZEDIER, 2001, p. 34, grifos do autor).

Marcellino (2002) considera que as pessoas têm diferentes conceitos sobre a palavra lazer. Assim, há necessidade de se precisar a palavra, para que conceitos conflitantes ou diferentes não sejam utilizados de forma indiscriminada. Para o autor, o entendimento do lazer não pode surgir apenas do conteúdo da ação. Para uma pessoa, o que é prazeroso e

atraente não necessariamente significa o mesmo para outra, que pode pensar que essa atividade é tediosa, ou até mesmo desconfortável. Os aspectos fundamentais na caracterização dessas atividades, segundo as tendências atuais entre os estudiosos do lazer, são o tempo e a atitude.

O lazer considerado como atitude será caracterizado pelo tipo de relação verificada entre o sujeito e a experiência vivida, basicamente a satisfação provocada pela atividade. “O lazer ligado ao aspecto tempo considera as atividades desenvolvidas no tempo liberado do trabalho, ou no ‘tempo livre’, não só das obrigações profissionais, mas também das familiares, sociais e religiosas”. (MARCELLINO, 2002, p. 8)

Para Marcellino (2001), a história mostra que o tempo disponível ao lazer é uma conquista dos trabalhadores que tanto lutaram por uma vida mais digna, sem tanta exploração no trabalho. Porém, essa exploração parece atual, quando se considera que os trabalhadores perdem tempo com deslocamentos, têm jornadas de horas extras para conseguir executar o trabalho a ser feito, e às vezes, os indivíduos precisam recorrer aos “bicos”, trabalhos extras, a fim de complementar a renda familiar. Os que adquirem mais tempo para si, muitas vezes, já não sabem o que fazer com ele. Não se pode mais tratar separadamente as questões de lazer e trabalho, nem o lazer pode ser considerado a única fonte de realização humana. O mais correto é que se visualize a mútua influência entre as duas questões, não julgando o lazer como solução do problema humano do trabalho.

O lazer possui três funções, segundo Dumazedier (2001). A primeira delas é o descanso, pois o lazer repara as deteriorações nervosas e físicas provocadas pelas obrigações. A segunda é o divertimento, a recreação e o entretenimento, já que os indivíduos relacionam a fadiga ao tédio, e querem a satisfação das suas necessidades de sair da monotonia cotidiana. A terceira função é a de desenvolvimento, que vem através da participação social e da integração, cria novas formas de aprendizagem. Essa terceira função é a menos freqüente do que as outras duas, mas tem grande importância, principalmente no que tange à cultura popular.

Marcellino (2001) procura desvencilhar o lazer, que proporciona diversas possibilidades de ação, do que chama de “lazer-mercadoria”, que seria o entretenimento na sua pior conotação. O autor defende a idéia de convivencialidade, através da *competição* saudável, da *vertigem* segura, da *imitação* que não corresponde à vida fantasiosa e do binômio *sorte/azar*, que não provoque alienação (grifos do autor).

As pessoas têm diferentes opiniões sobre a importância do lazer em suas vidas. Marcellino (2001, p. 57-58) constatou que a maioria das pessoas dá uma menor importância a essa necessidade, mas apenas quando a trata abertamente, sendo que, quando se convive com

os indivíduos, pode-se identificar “a importância do lazer como busca de significado para as suas vidas”. O lazer está muito ligado à qualidade de vida, e é valorizado pela população, ainda que não seja uma ideia propagada abertamente. “O lazer tem sua especificidade, inclusive como política pública, mas não pode ser tratado de forma isolada de outras questões sociais” (MARCELLINO, 2001, p. 58).

Enfim, Marcellino (2001) defende que a busca da felicidade, e também o convívio social não necessita de justificativas. A qualidade de vida não se mede por critérios de produtividade, mas sim, “é uma questão de ‘valorização’, crítica e mudança de valores, e, para isso, a vivência do lazer, que supere os padrões do ‘consumismo’, pode contribuir” (MARCELLINO, 2001, p. 59).

Todo o ser humano tem direito ao lazer. E com clientes de hospitais, não poderia ser diferente. Muitos autores pesquisam a respeito do ato de proporcionar bem estar e boa qualidade de vida a pacientes, já que estes, por muitas vezes se encontram fragilizados e até mesmo com a saúde debilitada. O hospital é um local que, teoricamente, causa mal estar em muitas pessoas, e cabe aos planejadores da hospitalidade minimizar estes efeitos. O lazer é uma das alternativas.

O lazer e o bem estar podem constituir uma área específica dentro de uma instituição de saúde. É sobre isso o discurso de Taraboulsi (2003), que chama este departamento de Lazer e Bem Estar dos Clientes de Saúde. Para o autor, o lazer é utilizado como uma válvula de escape para as tensões cotidianas, pois é através dele que se libera energia e as forças são refeitas. Por isso é tão importante que os clientes de saúde tenham atividades – compatíveis com seu estado – já que eles também precisam de relaxamento e de motivação. Uma estrutura de lazer disponível representa interesse e dedicação nos tratamentos de saúde e, para isso, é necessário investir e agir para proporcionar atividades que proporcionem o bem estar aos clientes, que trazem excelente relação custo-benefício, mas “voltada somente para o bem estar dos clientes de saúde, sem nenhuma pretensão de lucro” (TARABOULSI, 2003, p. 138). Para o autor, diversas atividades podem ser promovidas.

(...) ginástica, aulas de artes, música, educação física, jogos e brincadeiras, peças teatrais, cinema, receitas de música nas áreas sociais, salas de leitura, biblioteca, passeio pela cidade para os familiares e acompanhantes, contacto com pessoas do meio artístico para participar em festas e datas especiais (exemplo: Dia das Crianças, Natal) e recreação em geral... (TARABOULSI, 2003, p. 139, grifos do autor).

Godoi (2004) lembra que o fato de um indivíduo ser retirado, tanto repentinamente quanto de forma programada de sua rotina, do trabalho e da companhia das pessoas com quem ele convive, gera grande impacto na sua psique. Ser internado é um momento delicado para o paciente e também para o círculo de pessoas que se relacionam com ela proximamente. Todas essas pessoas necessitam de cuidados e de atenção e, então, os esforços precisam ser concentrados para proporcionar alegria e bem estar. Para uma instituição de saúde competitiva não basta apenas tratar doenças, mas sim, “cuidar do paciente como um todo, física, emocional e psicologicamente falando” (GODOI, 2004, p. 70). Assim sendo, muitas medidas podem ser tomadas para ocupar o tempo de espera do cliente de saúde e o espaço da instituição. Podem ser realizadas atividades lúdicas e culturais, propiciando enriquecimento ao paciente durante sua internação.

Godoi (2004) complementa as idéias de Taraboulsi (2003), sugerindo a existência de jardins, apresentações de música, teatro e cinema, palestras, oficinas manuais – como origami e cuidados com bonsais – e também sessões de exercícios de fisioterapia feitos de forma agradável, que o cliente não interprete como parte do tratamento, mas sim, como forma de lazer. Também podem existir lojas, museus, floriculturas, salas de exposições e de meditação para acompanhantes, familiares e funcionários – que podem atender ao público externo. O espaço necessário para essas atividades não é empecilho. Um auditório ou sala ampla pode ser amplamente utilizado para estas atividades. Um jardim pode ser construído, melhorando a aparência do local e podendo ser utilizado para atividades recreativas por clientes e também por funcionários. E, quanto aos profissionais necessários para o trabalho, o hospital dispõe de muitos deles (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros), sendo necessárias poucas contratações.

Para Boeger (2003), é lógica a diferença entre os objetivos de hotéis e hospitais. A estrutura física tem muitas similaridades, mas o hotel é focado no conforto – e algumas vezes, no luxo –, e o hospital, na saúde. O autor considera que a tecnologia e a informática devem estar presentes nos serviços como verdadeiros parceiros da hotelaria hospitalar de modo a torná-los mais eficazes, mantendo a personalização. Muitos serviços criativos poderiam ser oferecidos aos clientes. Estes serviços são agregados ao que ele chama de “*cluster* hoteleiro” do hospital, e tornam a estadia do indivíduo muito menos penosa. Alguns desses serviços são comemorações de aniversários, serviço de anfitrião e instalação de *business center* na unidade de internação.

Para Negrine, Bradacz e Carvalho (2001), os objetivos da recreação hoteleira é oferecer divertimento e entretenimento aos hóspedes. Se o indivíduo se sente bem em um

local, tende a ampliar suas relações interpessoais e se tornam mais disponíveis. “Quando isso ocorre, elas dão um significado todo especial àqueles momentos, procurando revivê-los sempre que possível, já que há uma tendência no comportamento humano de reviver tudo o que causa prazer” (NEGRINE, BRADACZ E CARVALHO, 2001, p. 49). Os objetivos são:

1. Informar aos hóspedes as alternativas de lazer e recreação que o hotel oferece;
2. Buscar participação livre e espontânea dos hóspedes nas atividades oferecidas;
3. Facilitar e ampliar a comunicação entre as pessoas;
4. Criar um clima lúdico, descompromissado de juízos de valor, sem discriminação de idade, sexo ou raça;
5. Permitir uma avaliação permanente dos serviços oferecidos. (NEGRINE, BRADACZ E CARVALHO, 2001, p. 49)

Esse conhecimento pode ser transportado para o ambiente hospitalar. Salvo as diferenças existentes entre os hotéis e os hospitais, o paciente-cliente necessita de divertimento e entretenimento. Além disso, está fragilizado e sensível, o que torna indispensável que as atividades oferecidas a ele proporcionem bem estar e prazer, sendo realizados de forma que se tornem especiais. Os objetivos vistos anteriormente, citados por Negrine, Bradacz e Carvalho (2001), podem ser adaptados para as instituições de saúde, organizando e dando destaque à área responsável pelo lazer e recreação.

Duas excelentes fontes de recreação, lazer e divertimento nas instituições de saúde são, segundo Boeger (2003), a brinquedoteca e o projeto dos Doutores da Alegria:

- a) brinquedoteca: importante para o desenvolvimento de crianças, principalmente das internadas por longos períodos. Devem ser tomados cuidados com infecções e contágio de doenças. “A brinquedoteca seria então um espaço onde a criança resgataria o direito à infância, à criatividade, à sociabilidade, à experiência, à descoberta e à espontaneidade” (BOEGER, 2003, p. 41). Preservando a porção saudável da criança e resgatando sua criatividade, o sofrimento causado pelos tratamentos é diminuído e, além disso, os índices de desistências de tratamentos diminuem. Para atender a crianças com dificuldades de locomoção e internadas em UTIs, brinquedotecas móveis podem ser utilizadas; porém, o segundo caso é mais complexo, devido ao estado de saúde da criança;
- b) Doutores da Alegria: alguns hospitais utilizam-se de profissionais que se vestem como médicos, mas fantasiados com adornos, nariz e sapatos de palhaços, objetivando entreter os pacientes. “Foram criados com o intuito de melhorar a qualidade de vida das crianças hospitalizadas” (BOEGER, 2003, p. 43) Já foram

realizadas pesquisas sobre este projeto, e constatou-se que é extremamente eficaz no que diz respeito ao humor do paciente, facilitando o tratamento interpessoal com as equipes médica e hoteleira da instituição. Também melhora o apetite, a comunicação e a aceitação do tratamento. O inspirador do projeto foi o *Clown Care Unit*, trabalho similar desenvolvido nos Estados Unidos. Este trabalho originou outros, como na França – *Lê Rire Medicine* – e na Alemanha – *Die Klowns*.

Taraboulsi (2003) conclui que há uma série de recomendações sobre a área de recreação e lazer em um hospital. Não pode acontecer de o seu objetivo principal – humanização do atendimento – ser desviado. Este departamento reflete a cultura e o comprometimento da instituição, já que há o aspecto social e não o lucro através dele. O entrosamento entre as equipes e destas com a família e os acompanhantes do paciente-cliente é crucial para que o objetivo seja atingido; as pessoas constituem parte integrante do trabalho, e devem ser motivadas, orientadas e valorizadas.

A instituição interessada na humanização deve estar sempre atenta ao mercado, às tendências e, principalmente, nas exigências e nas expectativas dos clientes. O departamento de lazer de um hospital merece credibilidade e confiança por parte de funcionários e clientes. Segundo Taraboussi (2003, p. 144), uma premissa da hotelaria hospitalar é que os serviços de hotelaria hospitalar devem estar em sintonia com os serviços de lazer e bem-estar, “certificando-se de que todos os empregados estejam adequadamente envolvidos e de que a presteza, a dedicação, o respeito e, principalmente, o sorriso estejam sempre presentes em seu atendimento ao cliente de saúde”.

Esta pesquisa considera três itens referentes ao oferecimento de atividades de recreação e lazer no Hospital Unimed Nordeste RS. São eles: a) tipos de atividades realizadas; b) a periodicidade destas; e c) os espaços utilizados para estes fins.

2.8 ALIMENTAÇÃO

O conceito de hospitalidade é extremamente ligado à alimentação e a gastronomia. O preparo de alimentos é, há séculos, uma forma de expressão dos povos. Dessa forma, as culturas são refletidas e se difundem por todos os lugares. Para Campos (2005), através dos tempos, a hospitalidade sempre significou a procura por conforto, segurança e alimento, além de que o homem sempre obteve benefícios e rendimentos com ela.

De Paula (2002) aborda a origem da hospitalidade em alimentação. Para Franco (2001, *apud* DE PAULA, 2002), o homem se viu obrigado a consumir alimentos rapidamente, visto as dificuldades de conservação, e que, assim, passou a convidar pessoas para consumi-los – e também esperando ser convidado. Assim, a associação da hospitalidade com o ato de compartilhar alimentos existe, de modo a “satisfazer as necessidades dos outros que, explicado por teorias psicológicas, gera uma recompensa acima de tudo emocional e que faz parte da condição humana” (DE PAULA, 2002, p. 72).

Os alimentos possuem cores, sabores, temperaturas e texturas que trazem lembranças e sensações aos indivíduos. Teichmann (2000), complementando esta idéia, traz as composições básicas de um cardápio. São elas:

- a) cor: pode despertar o desejo de consumo;
- b) formas: a apresentação merece cuidados com os formatos e cortes de alimentos;
- c) sabores: devem ser destacados, sem ser repetidos na mesma refeição;
- d) texturas: sua variedade é importante, pois a diferença de consistências proporciona uma espécie de encanto;
- e) temperos: dão características bem definidas aos alimentos;
- f) ingredientes: a diversificação – de ingredientes e de composições – mostra criatividade;
- g) tipos de preparo: a variedade, tanto na degustação quanto na aparência, enriquece refeições;
- h) temperaturas: devem ser adequadas à sua apresentação;
- i) viabilidade: a aquisição de certos insumos pode limitar o cardápio. Além dos ingredientes, outros fatores são restritivos, tais como a mão de obra, número de comensais, equipamentos e utensílios a utilizar, armazenamento, entre outros;
- j) conhecimento de preparações básicas e nomenclatura clássica: o responsável deve ter conhecimento dos ingredientes a serem utilizados nas preparações e da nomenclatura clássica de pratos.

De Paula (2002, p. 74) lembra que esses elementos remetem a remotas experiências e emoções – negativas ou positivas – vivenciadas, que possuem “grande valor simbólico, intangível e de difícil aferição, uma vez que cada um apresenta experiências de vida ímpares e não quantificáveis”. A autora lembra que, do ponto de vista econômico, os serviços de

alimentação – hotelaria, comercial, institucional, catering, entre outros – representam a fonte mais importante de emprego e renda mundial.

2.8.1 Alimentação em hospitais

Os serviços de alimentação hospitalar seguem uma série de normas, mas é possível fazer deles um fator de competitividade. O oferecimento de bons serviços de alimentação aos pacientes-clientes e seus acompanhantes é uma das formas de diferenciação no mercado. Conforme já visto anteriormente, a área de alimentos e bebidas (A&B) é complexa, mas talvez nela haja uma maior possibilidade de adaptação de serviços de hotelaria convencional para serviços de hotelaria hospitalar.

Malagón-Londoño (2000) aborda o ambiente hospitalar e sua interação com os alimentos. De acordo com os componentes, a procedência, a fabricação e a manipulação, um alimento contém diferentes quantidades e tipos de microorganismos que, se aliados a maus hábitos de higiene e condições sanitárias de fabricação e processamento, provocam diferentes enfermidades. Os alimentos afetam o ambiente hospitalar de diversas formas, como a forma inadequada de armazenagem e conservação, que prolifera os microorganismos e os lança, através da corrente de ar, para contaminarem os indivíduos, instrumentos, ou mesmo outros alimentos. Assim, pode provocar intoxicação ou infecção em seres humanos. Deve-se educar e treinar as pessoas para que elas saibam os perigos e fatores determinantes da contaminação, e este treinamento direciona-se ao transporte, armazenamento, produtores, contato, o preparo, entre outros pontos.

Boeger (2003) apresenta o departamento de A&B como sendo o serviço de nutrição e dietética, como normalmente é chamado nos hospitais. O autor lembra que as refeições são realizadas pelo *room service* (o serviço de quarto), devido à impossibilidade de o paciente sair do apartamento. Os acompanhantes podem optar pelo mesmo tipo de serviço, ou então por comer em outro ambiente do hospital. Os clientes podem solicitar a orientação do nutricionista, para tirar dúvidas ou mesmo falar de suas preferências ou restrições alimentares – por gosto particular, cultural ou religioso. Além disso, podem conhecer opções de cardápio e a composição dos pratos. As solicitações de alguns itens – como café, chá, bebidas em geral, frutas, utensílios, biscoitos, entre outros – e de troca de ingredientes nas preparações são solicitadas ao departamento de A&B.

Taraboulsi (2003) defende a distinção da área de nutrição – que presta serviços às pessoas enfermas e tem a supervisão de um nutricionista-chefe que cuida das dietas – da área

de A&B – que tem como público principal os acompanhantes, visitantes, pacientes que não possuem restrições alimentares e o público em geral. O ideal é haver um entrosamento entre as duas áreas para oferecer bons serviços, nos dois casos.

Walker (2002) lembra que uma boa gerência de A&B é responsável por diversos departamentos, como a cozinha, o restaurante, o fornecimento de refeições, o serviço de quarto, o frigobar, os bares, a copa, entre outros. As habilidades dos responsáveis vêm aumentando com o passar dos anos, já que as exigências aumentam consideravelmente. Hoje, uma área de A&B deve se preocupar com a seleção e manutenção de uma equipe coesa e competente para o trabalho, treinando e motivando-a, além de orçar materiais e controlar os custos. No entanto, o mais solicitado é que a área atenda e surpreenda as expectativas dos clientes, através de bons serviços e de atenção quanto às novas tendências do setor. Isso se aplica perfeitamente às instituições de saúde, que clamam por eficiência e qualidade em serviços.

Powers e Barrows (2004) descrevem a área de alimentação em instituições de saúde como sendo de grandes mudanças e de extrema importância. Nestes estabelecimentos existem profissionais de saúde responsáveis pelo seu perfeito funcionamento. Esses profissionais seriam:

- a) nutricionista: pessoa com qualificação específica e reconhecida legalmente. Nas instituições de saúde há diferentes tipos de profissionais dessa área, como o nutricionista clínico, que trabalha com dietas e educação alimentar de pacientes, e o nutricionista administrativo, também podem trabalhar como clínicos, mas estão envolvidos com a gestão dos serviços de alimentação. Outro ponto importante no trabalho do profissional é o planejamento e implementação da terapia nutricional, preparando o paciente e a família para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Grandes hospitais empregam vários nutricionistas, em virtude do volume de trabalho e da qualidade exigida;
- b) técnico de nutrição: seu papel é recente nas instituições de saúde. Sua qualificação existe através de cursos apropriados. Trabalham sob supervisão dos nutricionistas registrados. Sua função é entrevistar os pacientes, determinando necessidades ou problemas relacionados à dieta. Assim, podem assumir funções de supervisão de cardápios;
- c) gerente de nutrição: deve possuir grande experiência na área de nutrição, além de conhecimentos em gestão de serviços de alimentação, supervisão e nutrição básica.

As responsabilidades do cargo remetem à administração dos departamentos ligados à alimentação.

Para Walker (2002), os serviços de alimentação são direcionados aos pacientes, internações e acompanhamentos de longa duração, visitantes e funcionários. “Em geral, as operações se ramificam em refeitórios estilo ‘bandejão’, cafeteria, refeitórios tradicionais, *coffee shops*, serviços de catering e pontos de venda” (WALKER, 2002, p. 291). Mas o grande desafio que norteia os serviços deste departamento é o de oferecer refeições especiais a pessoas com restrições e exigências extremamente rígidas e específicas. Um complexo trabalho de logística é demandado para assegurar a qualidade e a pontualidade das refeições, não apenas para clientes, mas também para os trabalhadores da organização. Estes, aliás, dispõem de curtos espaços de tempo para o descanso e para as refeições, o que justifica a existência de um ambiente agradável para estas atividades, além de uma grande variedade no cardápio e da decoração, para manter o interesse das pessoas:

Uma vez que todas as refeições especiais tenham sido preparadas sob a supervisão de um (a) nutricionista registrado (a), a comida é servida em bandejas dispostas em um balcão, com as diversas especificações de dieta identificadas por cores. No início do balcão, encontram-se uma bandeja, uma toalha de papel, talheres, guardanapo, sal, pimenta e, às vezes, uma flor. À medida que a bandeja vai sendo levada ao longo do balcão, porções de diversos pratos vão sendo servidas de acordo com a cor que identifica a dieta daquele determinado paciente. Como não poderia deixar de ser, o conteúdo de cada bandeja é checado duas ou três vezes, primeiro ao fim do serviço do balcão e, depois, no próprio pavimento ou quarto onde se encontra internado o paciente. O serviço contempla, em geral, um andar após o outro, numa razão de aproximadamente quatro bandejas por minuto; nesse passo, um grande hospital de 600 leitos pode ser inteiramente servido em apenas duas horas. (WALKER, 2002, p. 292)

Walker (2002) ainda relata uma forte tendência dos serviços gerenciados do setor de saúde, que é a chegada de grandes cadeias de *fast-food* aos hospitais e outras organizações de saúde, o que proporciona a elas um aumento de receitas e também o oferecimento de mais um serviço ao público externo, aos funcionários e aos acompanhantes. Muitas das organizações também oferecem linhas telefônicas e serviços de entrega de pizzas e outras refeições por tele-entrega.

Estas tendências demonstram uma preocupação em oferecer opções e serviços diferenciados aos clientes. Todavia, tratando-se de um tipo de organização de alta complexidade e responsabilidade, é necessário um grande controle para que não ocorram problemas internos, como, por exemplo, pacientes que têm dietas específicas comerem

alimentos que não podem. Também é indispensável o cuidado com limpeza e higienização do local e dos alimentos, enquadrando serviços terceirizados nas normas internas da instituição.

Powers e Barrows (2003) destacam que uma área de nutrição e dietética tem de ser bem organizada e definida, entendendo como as principais funções as verificadas na Figura 6:

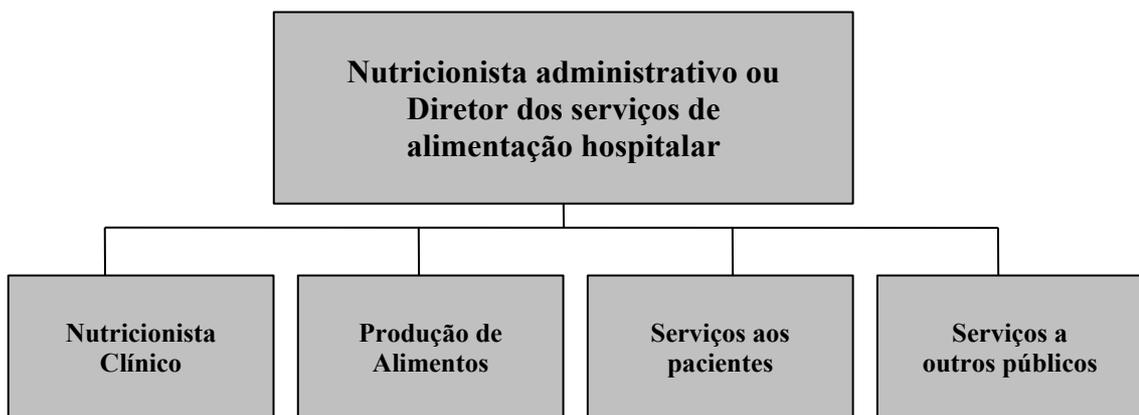


Figura 6: Organização funcional do departamento de nutrição

Fonte: POWERS E BARROWS, 2003, p. 161.

Essa configuração mostra a tendência de que as organizações estão cada vez mais planas, e também que um maior número de serviços de apoio está sendo terceirizado. Sem esquecer, no entanto, que cada organização é diferente, inclusive pelo tamanho, que exige soluções adequadas à sua realidade. É provável que “o departamento de nutrição faz parte da divisão de serviços gerais, acompanhado de outros serviços de apoio como engenharia e manutenção” (POWERS E BARROWS, 2003, p. 161).

Alguns hospitais utilizam a mesma cozinha para preparar refeições de todos os públicos, incluindo os pacientes, conforme citam Powers e Barrows (2003). Outros mantêm cozinhas separadas para diversos tipos de refeições servidas – como a dos pacientes, ou a dos funcionários. Muitos fornecem catering para eventos internos, determinam áreas diferentes

para refeições de pessoal administrativo, médicos, ou outros profissionais, e também oferecem excelentes cafeterias e restaurantes para o público em geral.

O planejamento de menus é muito utilizado em restaurantes. E não pode ser diferente em instituições de saúde. Davies (2001) afirma que a elaboração de menus deve ser estudada e analisada cuidadosamente a fim de determinar o que vai constar nas refeições. O cansaço do cardápio é difícil de superar, e há vantagens e desvantagens nos três tipos de menus:

a) Menu Cíclico:

- a.1) vantagens: alguma redução na mão de obra e no inventário, menos treinamento, transparência e controle na produção e grande aproveitamento das sobras;
- a.2) desvantagens: cansaço do menu – se o ciclo for freqüente – e necessidade de mão de obra especializada;

b) Menu Rotativo ou Variável:

- b.1) vantagens: elimina o cansaço do menu, proporciona criatividade e possibilita mudanças sazonais, diárias, semanais ou mensais;
- b.2) desvantagens: aumento de sobras, de inventário, menor controle, necessidade de mão-de-obra especializada, aumentando custos;

c) Menu Fixo:

- c.1) vantagens: reduz mão-de-obra e inventário, melhor controle, menos treinamento, alto grau de qualidade, identifica produto, reduz sobras e diminui custos;
- c.2) desvantagens: cansaço do menu, falta de flexibilidade para ajustes sazonais e limitação do mercado.

Cabe à instituição adequar o tipo de serviço oferecido à sua realidade. Pode-se, inclusive, utilizar diferentes tipos de menus no mesmo restaurante, refeitório ou mesmo *room service*. Muitas instituições de saúde se utilizam desses meios para oferecer serviços de

alimentação de qualidade aos seus funcionários e clientes, tentando adequar seus custos e a aplicação de insumos nessa atividade.

Powers e Barrows (2003) parecem ir ao encontro do que dizem muitos autores em relação às preocupações na área de A&B nas instituições de saúde, quando defendem que as principais tendências são de diminuição de custos e aumento de receitas e lucros. Entretanto, os autores também tratam a questão da hotelaria como crucial na diferenciação dos serviços. Para eles, ela pode ser utilizada como estratégia de diminuição de custos, podendo ser um fator determinante na diminuição de diárias médicas. Além disso, mudanças no fornecimento de alimentos – no que diz respeito ao tipo de compra, quantidade, entre outros fatores – podem representar uma diferença significativa nos gastos. E, enfim, para aumentar receitas e lucro, sugerem o oferecimento de instalações diferenciadas para as refeições do público externo, como belos *coffee shops*, excelentes restaurantes, serviços de catering – como comentado anteriormente – e entregas em domicílio, isto é, pondo em prática um planejamento de marketing que utilize estratégias focadas na conquista de clientes. Assim, a instituição de saúde perde o seu caráter opressor, tornando-se um agradável ambiente de cura, e não de sofrimento.

2.8.2 Normas de higiene e conservação de alimentos

Há uma série de cuidados a se tomar quando há trabalhos com alimentos. Esses cuidados devem existir em todos os estabelecimentos em que há preparo e oferecimento de alimentação, e nos hospitais esses cuidados são redobrados, justamente pelo agravante de se atenderem pessoas com a saúde debilitada e de haver grande acúmulo de microorganismos no ambiente.

Algumas regras simples são seguidas por todas as organizações de saúde.

- Os trabalhadores do setor de cozinha devem cumprir um programa especialmente projetado para o recebimento, o armazenamento, a conservação e a preparação dos alimentos.
- Este pessoal deve cumprir normas especiais de lavagem das mãos de forma adequada, antes de iniciar suas atividades.
- O pessoal deve usar avental branco adequado, gorro e calçados fechados.
- No caso de suspeita de contaminação de vasilha ou utensílio por sangue ou secreção de pacientes, antes de lavados com água e sabão, devem ser deixados de molho por 10 minutos em um recipiente com hipoclorito de sódio a 5.000 partes por milhão.
- Os manipuladores de alimentos devem ser submetidos a exame médico, exames de laboratório – sangue e fezes – swab de nasofaringe, cultura de amostras colhidas das mãos e unhas, PPD e radiografia de tórax.

Estas revisões devem ser programadas com periodicidade cuidadosa, sendo importante anexar uma cópia dos resultados na folha funcional de cada trabalhador. (MALAGÓN-LONDOÑO, 2003, p. 143-144, Grifos do autor)

Além dessas normas específicas, alguns conselhos são dados pelo autor para que todos os funcionários da instituição tenham boas práticas de higiene e limpeza. Entre eles estão: a) o uso de uniforme e de cabelo preso durante a jornada de trabalho; b) evitar contato com pacientes e materiais altamente infectados, amostras de laboratório e cadáveres; e c) lavar cuidadosamente as mãos após qualquer contato com pessoas ou materiais suspeitos e ao concluir a jornada de trabalho. Essas são normas de biossegurança, que devem ser seguidas rigidamente para evitar problemas de contágio e proliferação de enfermidades.

Existem manuais de boas práticas de higiene e limpeza para áreas de alimentação e nutrição. Alguns são mais específicos para hospitais e instituições de saúde, e trazem uma série de normas a serem seguidas, como temperaturas de cocção de alimentos, produtos a serem utilizados na limpeza dos mais diversos itens, armazenamento de insumos, entre muitos outros pontos. Normalmente, os hospitais seguem com disciplina essas normas, visto que são, realmente, cuidados essenciais para com indivíduos e materiais. Alguns desses cuidados se destacam, e podem ser enumerados (ARRUDA, 1998; TRIGO, 1999). São eles:

- a) higiene do pessoal: refere-se aos funcionários, fornecedores e clientes. Compreende regras de higiene pessoal – como banhos, higiene de mãos e unhas, uso de cosméticos e adornos, apresentação de uniformes, utilização de dependências comuns, como banheiros e vestiários;
- b) higiene ambiental: compreende as condições ambientais necessárias ao bom funcionamento do departamento de alimentação e as práticas para o processo de limpeza e sanificação dos ambientes. Refere-se a dependências, pisos, paredes, teto, portas, janelas, iluminação, ventilação, exaustão, combate a insetos e roedores, sistemas de drenagem e de armazenamento e coleta de lixo, recebimento e estocagem de materiais;
- c) higiene dos equipamentos: há regras para controle de higiene e sanidade de utensílios e equipamentos, além das condições ideais para o seu funcionamento e conservação. Compreende os equipamentos fixos – como fogões, fornos, fritadeiras, batedeiras, caldeirões, equipamentos de refrigeração, cafeteiras, estufas, máquinas de lavar louças, mesas e bancadas – e os móveis – como fatiadores, moedores e

amaciadores de carne, descascadores, picadores, processadores, extratores, panelas, assadeiras, cubas, talheres, pratos, bandejas, copos, facas, utensílios em geral;

- d) sanidade da operação e certeza da qualidade: é o conjunto de procedimentos que garantem as perfeitas condições de higiene, sanidade e qualidade das matérias-primas e dos alimentos armazenados ou manipulados na unidade. Compreende a qualidade dos produtos químicos para higienização, controles de matérias-primas, de recebimento, de armazenamento e estoque de produtos. Também trata da maneira de cocção, resfriamento e refrigeração, reaquecimento e distribuição de alimentos e refeições.

É importante lembrar que nada disso funciona isoladamente. Todas as áreas interagem e interdependem entre si e, para haver bom desempenho, as normas devem ser cumpridas.

Arruda (1999) elaborou um fluxograma básico para o preparo de refeições. É um fluxograma bastante simples, uma espécie de “esqueleto”, em que as preparações podem demonstrar pequenas ou até significativas mudanças no processo. O recebimento é a primeira etapa de controle, e exige a observação de critérios, como controle de qualidade de produtos, higienização das áreas de recebimento, acondicionamento e remoção dos produtos recebidos. O armazenamento deve garantir a conservação dos alimentos e seguir às leis que regulam o setor¹. O pré-preparo compreende a higienização, cortes, e preparo inicial de alimentos. O preparo indica os procedimentos de confecção de refeições e cuidados necessários para com estas. Por fim, a distribuição deve obedecer a uma série de critérios preventivos a se obedecer no transporte e entrega de comida.

¹ Lei nº 6.347 de 20/08/77: é infração sanitária “expor venda, ou entregar ao consumo produtos de interesse à saúde cujo prazo de validade tenha expirado, ou apor-lhes novas datas, após expirado o prazo”. Lei nº 8.137 de 27/12/90: constitui crime contra a ordem econômica “vender, ter em depósito para vender ou expor à venda ou, de qualquer forma, entregar matéria-prima ou mercadoria, em condições impróprias ao consumo”. E Lei nº 8.078 de 11/09/90, do Código de Defesa do Consumidor: são impróprios ao uso e consumo: “I – os produtos cujos prazos de validade estejam vencidos; II – os produtos deteriorados, alterados, adulterados, avariados, falsificados, corrompidos, fraudados, nocivos à vida ou à saúde, perigosos, ou, ainda, aqueles em desacordo com as normas regulamentares de fabricação, distribuição ou apresentação; III – os produtos que, por qualquer motivo, se revelem inadequados ao fim a que se destinam”.

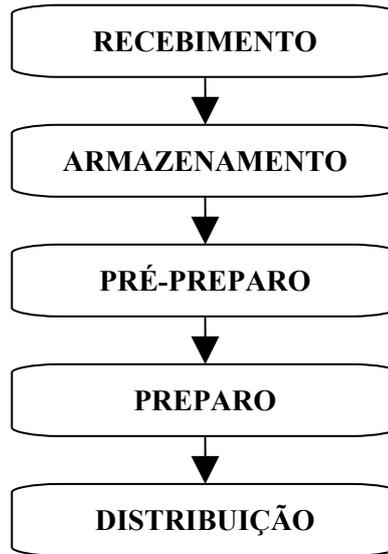


Figura 7: Fluxograma genérico de preparo de refeições

Fonte: ARRUDA, 1998, p. 10

Com essas observações, vê-se que não é simples oferecer serviços diferenciados no departamento de A&B (ou nutrição e dietética). Os hospitais têm muitas normas a seguir, e estas devem ser perfeitamente entendidas, visto a complexidade da organização e de seus públicos. A questão a ser desvendada é o que um hospital pode oferecer além de uma comida saudável, segura, enquadrada em todos os padrões de higiene e limpeza. Por isso, o que será analisado neste trabalho são os fatores a considerar quando o objetivo não é apenas fornecer alimentação, mas proporcionar uma experiência culinária agradável ao público. Assim, serão analisados os aspectos vistos anteriormente, que são referentes à constituição das refeições: cor, textura, sabor, temperatura, entre outros. Também serão observadas a periodicidade e a variedade nas refeições. E por fim, o respeito às preferências dos clientes na elaboração dos pratos.

2.9 ARQUITETURA

A hospitalidade depende diretamente do bem estar proporcionado pelo local. Pensando nisso, os hospitais estão, cada vez mais, utilizando soluções em arquitetura, a fim de agilizar processos, otimizar o uso de recursos e de oferecer aos seus clientes conforto e soluções em saúde. A arquitetura hospitalar é um tema relevante no estudo da hospitalidade em hospitais. Há normas e padrões a serem seguidos (conforme se pode verificar no Anexo 1). No entanto, há também uma forte tendência de modernização dos espaços, uso de cores adequadas, acessibilidade, e outros fatores.

Para Boeger (2003), a arquitetura hospitalar tem papel fundamental no conforto dos clientes e na produtividade do trabalho. Como nos hospitais que utilizam o conceito de hotelaria hospitalar os pacientes são considerados como hóspedes enfermos, a saúde e o ato de hospedar são conciliados, e o ambiente é humanizado e acolhedor para ele e também para seus acompanhantes. Os grandes investimentos em reforma e construção de novos prédios e a existência de empresas especializadas em engenharia e arquitetura hospitalar comprovam que há uma forte tendência de planejamento de projetos arquitetônicos humanizados.

As edificações hoje exigem projetos flexíveis para que novos processos e tecnologias hospitalares possam ser incorporados. Assim sendo, pode-se afirmar que o hospital deve ser uma obra aberta: em sua concepção, situações futuras têm de ser levadas em consideração, para que o prédio tenha vida longa. A arquitetura hospitalar está diretamente ligada à gestão, pois através desta se obtém as características essenciais que o empreendimento deve possuir².

Segundo seu porte, um hospital pode ser: a) pequeno – até 50 leitos; b) médio – de 50 a 150 leitos; c) grande – de 150 a 400 leitos; e d) especial – acima de 400 leitos. A complexidade é proporcional ao tamanho e à sofisticação tecnológica do empreendimento³.

Alguns fatores a considerar na execução do projeto são o terreno, o entorno, a insolação, a acústica, a facilidade de acesso, a movimentação, entre outros. Há áreas, por exemplo, que devem ser construídas em local definitivo, pois têm baixa mobilidade – o que é o caso de salas de raio X e radioterapia. O mais importante é a busca de informações sobre as necessidades estruturais e tecnológicas, que se obtém através do conhecimento disposto pelos dirigentes do hospital, médicos, enfermeiros, nutricionistas, e outros profissionais envolvidos⁴.

Para projetar construções na área da saúde, podem ser executadas as seguintes etapas:

- a) conhecer a finalidade do empreendimento;
- b) conceituar cada uma das atividades desenvolvidas;
- c) esquematizar para encadear atividades (qualitativa e quantitativamente);
- d) pesquisar a tecnologia médica necessária;
- e) estabelecer o programa operacional;
- f) iniciar o programa físico.

² Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

³ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp>

⁴ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp>

Um dos principais pontos a serem analisados no projeto é a circulação. Os fluxos devem ser agrupados e separados para o público, as equipes e os serviços, para que haja agilidade nos trabalhos e também maior controle de infecções. Além disso, deve facilitar o acesso das pessoas. As instituições funcionam como redes de serviços, que são interligadas. O que não interage com o paciente pode ficar em ambientes mais isolados, desde que o suprimento seja garantido, tendo o acesso facilitado⁵.

A racionalização dos percursos é um aspecto de intenso estudo nos projetos. As distâncias devem ser curtas o suficiente, para não demandarem tempo excessivo para serem percorridas, e também não serem cansativas. Nos transportes internos são considerados fatores diversos, como o tipo de piso, as dimensões de carrinhos usados para refeições ou materiais e de equipamentos móveis e o tamanho das portas. A circulação independente pode ser interessante em um hospital de tamanho que a comporte.

Um ponto interessante que pode ser facilmente projetado, segundo Boeger (2003) é a existência de uma pia externa ao banheiro, para que acompanhantes, visitantes, médicos e funcionários possam higienizar as mãos. O ideal seria que a torneira fosse automática (por fotocélula), para que não houvesse necessidade de manuseio de metais.

Um bom exemplo de adequação às características do empreendimento é uso dos elevadores. Quando um hospital apresenta circulação independente para equipes técnicas e pacientes, o elevador pode abrir para os dois lados – chamado ambivalente – permitindo assim um eventual remanejamento. Mas a programação deve prever o atendimento de apenas um dos públicos de cada vez, para que não estejam juntos os clientes em geral e pacientes recebendo cuidados, ou funcionários exercendo suas funções com o auxílio deste instrumento. Também o lobby – ou saguão, ou recepção – merece atenção especial: se há pessoas com doentes, desorganização, ou outros aspectos negativos, isso causa má impressão aos clientes⁶.

O uso do ar condicionado é essencial, mas o cuidado e a manutenção constantes são imprescindíveis. Além do conforto que proporciona, ele é usado como coadjuvante em tratamentos – em diferentes unidades o ar deve possuir diferentes umidades e temperaturas⁷.

Os materiais e revestimentos são adequados aos diversos ambientes. Em áreas “não técnicas” – como o restaurante, o lobby, a cafeteria, entre outros – há mais liberdade de uso de materiais, sendo necessário o bom senso nos projetos. Já nas áreas técnicas – como as salas cirúrgicas, ambulatórios, emergências, entre outros – os materiais devem ser coerentes com as

⁵ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp>

⁶ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

⁷ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp>

necessidades de resistência, assepsia, limpeza e humanização. Por exemplo, o uso de acabamentos impermeabilizados, antiderrapantes e resistentes, é bem vindo.

Sendo assim, os requisitos principais para as construções que abrigam instituições de saúde são organizados em quatro importantes temas⁸. São eles:

- a) contigüidade: contemplar a proximidade física de setores com atividades de atenção afins,
- b) flexibilidade: permitir que sejam feitas reformulações internas nos setores, adequando-os a novas técnicas e tecnologias;
- c) expansibilidade: prever a possibilidade de expandir setores e blocos;
- d) conformidade: atentar para que os compartimentos, setores e edifícios estejam em conformidade com as normas técnicas e posturas públicas.

Pode-se constatar que não apenas as normas técnicas de projetos e construções são importantes. Também é considerável que a expansão do prédio pode ser necessária, e a flexibilidade possibilita o bom andamento dos processos. É necessária a organização dos setores, visando à eficácia na prestação dos serviços.

Com isso, a conclusão é que alguns conceitos gerais são utilizados para planejar construções na área da saúde⁹. São eles:

- a) possibilidade de expansão para atender às previsões do plano diretor;
- b) organização das atividades por setor, dando funcionalidade ao conjunto;
- c) flexibilidade na adaptação de diferentes e novos usos e tecnologias;
- d) proporcionalidade entre serviços e número de leitos;
- e) humanização dos espaços;
- f) racionalização para agilizar trabalhos e processos;
- g) planejamento para o futuro.

Hoje, com tudo o que se discute a respeito de hospitalidade e humanização, pode-se afirmar que a idéia de espaços eficientes e funcionais, porém frios, sem personalidade nem atrativos, são considerados ultrapassados. Claro que a funcionalidade é muito importante, mas não esquecendo o bem estar dos usuários dos serviços de saúde. Além de *ser* bom, o hospital

⁸ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

⁹ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp>

tem que *parecer* bom para passar a sensação de segurança, de confiança (grifo nosso). Formas, cores, iluminação, ambientação, sons, odores, tudo isso pode ser motivador ou depressor. Deve haver harmonia e equilíbrio entre aspectos funcionais, estruturais e de hospitalidade. Tudo isso depende do orçamento do hospital, mas cabe aos profissionais da área de arquitetura buscar soluções eficientes para cada caso.

Boeger (2003) entende que a humanização dos prédios hospitalares é iniciada já na concepção do projeto – desde a escolha do terreno e do local. O planejamento de arquitetura influencia na operação e nos serviços de hotelaria, sendo assim um fator decisivo no sucesso do empreendimento.

Como os hospitais são locais ligados à doença, um projeto de hospitalidade e humanização é crucial na recuperação do paciente-cliente. Os espaços devem ser “saudáveis”, que tragam sensação de bem estar e proporcionem boa relação entre o ser humano e o ambiente. Assim, faz-se necessário, também, um projeto paisagístico, além de um estudo da iluminação e das cores a serem utilizadas.

A iluminação é questão muito importante na ambientação de qualquer local. E não poderia ser diferente em um ambiente de saúde. É preciso considerar a luminosidade natural que, se abundante, facilita os trabalhos, além de proporcionar sensações de conforto e bem estar, diminuindo a de reclusão. A luz transmite as sensações e provoca emoções (positivas ou negativas), seja ela natural ou não. A luz branca, fria e uniforme é irritante nos ambientes, e desperta o desejo de ir embora. Já a luz morna leva ao relaxamento. Isso tudo é ligado ao ritmo, ao “relógio” humano que “chama” para despertar ou adormecer. Esse ritmo deve ser respeitado. O paciente, por muitas vezes, tem dificuldades em dormir, pois não sabe se é dia ou noite. A luz fica acesa, os cuidados prestados pelos enfermeiros são constantes. Muitos hospitais já optaram por janelas, ou por luzes que se apagam à noite, restando apenas uma luz de segurança para a realização dos procedimentos necessários. Isso também se aplica nos corredores. E deve haver uma iluminação de alerta para que os plantonistas não sintam sono. Em recepções e salas de espera, o ideal é utilizar uma luz que ofereça conforto e relaxamento, como as de cor amarelada. Também se pode “aquecer” o ambiente com cores, luminárias e outros elementos da comunicação visual. A luz pode também ser usada para leitura, descanso, e até para delimitar e marcar espaços¹⁰.

Boeger (2003) complementa essas idéias citando a determinação de acessos e a criação de ambientes através da influência da iluminação. O uso de luz contribui ressaltar as cores, e

¹⁰ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

também contribui para a auto-estima do paciente – utilizando as luzes que ressaltam tons mais avermelhados da pele.

A questão das cores é sempre amplamente discutida em projetos arquitetônicos. E em projetos de instituições de saúde não é diferente. Hoje já é sabido que as cores nos ambientes influenciam as pessoas, positiva ou negativamente. Certas cores estimulam os indivíduos, transmitem alegria, vitalidade, ou sofisticação. Outras cores podem deprimir, transmitir morbidez, tristeza, ou mesmo mal estar no local.

O significado de cada cor, para Goldman (1964) e Lacy (1996) (*apud* Teodoro, 2005) pode ser analisado sob o ponto de vista de sua influência no ambiente.

O vermelho é captado antes de qualquer outra cor pelo olho humano. Transmite força, coragem, firmeza, além de ativar a impulsividade.

A cor rosa, em seus tons mais claros, é relaxante. Os tons róseos mais quentes e fortes têm influência positiva nas pessoas, tornando-as mais ativas, e a introdução de tons mais vigorosos causa uma mudança na personalidade, tornando-as mais vigorosas.

O laranja estimula a expressão, e é a cor da vitalidade e da afetividade. Estimula as potencialidades, a confiança, a conversação e a criatividade. Tons mais pálidos são relaxantes, além de trazer sensação de alegria e conforto. Os mais escuros são sedativos.

O amarelo ativa o raciocínio, a criatividade e a sensibilidade. Proporciona sensação de espaço em locais com pouca luz. O amarelo-ouro cintila, e transmite energia. Já o amarelo escuro pode ter influência negativa e indisposição, além de fazer parecer mais pálido do que o indivíduo é.

Verde é a cor do equilíbrio e da harmonia. Seus tons proporcionam tranquilidade, têm ação refrescante e, além disso, aliviam a ansiedade, e a tensão. É relaxante, repousante. No entanto, a cor, se usada sozinha, pode criar um ambiente estático. O verde escuro traz força e estabilidade, mas deve ser usada em ambientes amplos com tons pálidos por ter o poder de diminuir espaços. Já o verde claro ajuda no bem estar, e lembra a natureza.

O azul é conhecido por ser uma cor relaxante, mas que esfria o ambiente. É associada ao respeito, à autoridade e à responsabilidade. O uso desta cor é muito indicado para hospitais e clínicas, mas é necessário ter cuidado para não criar um ambiente frio. O excesso de azul pode trazer indiferença e retração, mas ao mesmo tempo diminui a tensão e o estresse.

O violeta atua sobre o nervosismo e a angústia, trazendo calma. Estimula a criatividade artística e transmite sensação de grandiosidade. Usada com tons escuros transmite força. A cor púrpura, que contém muito vermelho, pode estimular a emoção e a reação.

O turquesa é um tom repousante, mas deve ser usada com tons quentes para atingir equilíbrio. Ajuda a diminuir a tensão.

A cor marrom proporciona sensação de segurança e estabilidade, e deve ser utilizado em móveis e pisos (como os de madeira).

Os tons de cinza devem ser usados com outras cores para surtirem efeitos positivos (como o vermelho, o laranja e o amarelo). Se utilizado sozinho, pode transmitir negatividade.

O branco representa a inocência e a paz. Realça as outras cores, proporcionando luminosidade a elas. Já o preto pode estimular a introspecção, a tristeza e a desesperança.

Segundo Boeger (2003, p. 37), as áreas sociais permitem maior liberdade na escolha de cores, “uma vez que a influência que exercem sobre os usuários está mais na imagem que se deseja passar aos visitantes”. Já as unidades de internação, por se assemelharem a quartos de hotel, podem ser pintadas em cores como o salmão, o bege, o azul claro e o amarelo. Assim, os clientes não têm a sensação de estar em um ambiente hospitalar.

As cores e as muitas misturas entre elas podem trazer efeitos benéficos no tratamento de pacientes, desde que sejam usadas com cautela. As misturas devem ser bem conduzidas para criar o efeito desejado.

A vista que o cliente tem da sua janela pode tornar sua estada mais agradável.

(...) deve-se lembrar que, em um hospital, o paciente não sai do apartamento durante sua estada, como ocorre em um hotel; portanto, detalhes como estes são até mais valorizados que em um apartamento de hotel, onde o hóspede usufrui mais das áreas comuns se comparado com o tempo gasto em seu quarto (BOEGER, 2003, p. 30).

Se um cliente pode sair do quarto e há jardins no hospital, ele pode fazer uso deste espaço. Pode utilizá-lo para tomar sol, caminhar, ou apenas para sair da sua rotina de internação. Os acompanhantes e familiares são quem mais fazem uso desses espaços, já que eles são uma alternativa para o seu descanso. Boeger (2003) cita a importância de áreas de espera externas – como também as varandas cobertas – que são elegantes e funcionais, tem boa ventilação e insolação e ainda facilitam a circulação de pessoas.

O autor ainda ressalta que a existência de espaços relaxantes para os visitantes e acompanhantes é interessante. Nestes espaços, pode-se descansar e conversar, inclusive sobre assuntos mais delicados sobre o tratamento, sem que o paciente esteja ali.

Como já visto anteriormente, um ambiente hospitalar deve preencher uma série de requisitos. Não basta apenas ter as cores e a iluminação certas, ser amplo ou acessível. É um

conjunto de fatores, cuidadosamente dosados, que trazem equilíbrio ao local, e que o deixam agradável, proporcionando bem estar, conforto e segurança aos clientes que o utilizarão¹¹.

Sendo assim, os pontos essenciais que devem ser considerados em um projeto são:

- a) aspectos ergonômicos: atender a especificações dimensionais e condições ambientais que permitam correta habitabilidade;
- b) aspectos psicológicos: atender a condições que os tornem mais adequados às percepções, atitudes e comportamentos;
- c) aspectos tecnológicos: atender a especificações técnicas e construtivas que lhes garantam estabilidade, proteção e segurança;
- d) aspectos econômicos: atender a especificações de forma que, abrigando pessoas, atividades e recursos, seja “partícipe do negócio”.

Nota-se que o aspecto econômico cede lugar ao tecnológico, dada sua importância nos processos e serviços. Além disso, fatores psicológicos são considerados decisivos ao projetar o local, visto que são pessoas que trabalharão e serão atendidas no local (e que muitas vezes estão com alguma deficiência ou carência). A ergonomia exerce um papel técnico, que deve ser utilizado para equilibrar humanização e funcionalidade.

Essa pesquisa visa analisar aspectos pontuais no projeto e na execução do hospital. Para tanto, serão estudados a cor e o paisagismo, aspectos vistos anteriormente como importantes na qualidade do atendimento e no bem estar dos clientes. Também será estudada a iluminação do local, tanto natural como artificial. E por fim, uma análise do layout será realizada, a fim de identificar os fluxos e a distribuição do ambiente hospitalar.

2.10 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS VARIÁVEIS ANALISADAS E DA HOSPITALIDADE

A hospitalidade é humana. Transcende os atos de, simplesmente, hospedar, entreter e fornecer alimentação. É baseada em trocas, em relações, em sentimentos. Depende de pessoas para ocorrer. Ela está por toda a parte, e quando ocorre, vem do real interesse do ser humano. A hospitalidade não é “forçada”. É proporcional à boa vontade, à presteza e à atenção. Mesmo

¹¹ Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

a hospitalidade comercial deve ser baseada nestas relações, pois sem elas, não há negócio, acordo ou mesmo troca entre as partes.

O Turismo e a hospitalidade andam juntos. Em organizações turísticas, ela já é inserida nos mais comuns processos e rotinas. Hotéis, restaurantes, parques, agências, companhias de transportes, e mesmo as localidades se baseiam nos seus preceitos para oferecer serviços. Mesmo os habitantes do local podem ser “hospitaleiros”, e assim, agradar os visitantes. A intersecção entre o turismo e a hospitalidade busca o entendimento de viajante e anfitrião, através de suas relações, necessidades, expectativas e também soluções – conforme já ressaltado por Wada (2003).

Uma boa gestão de serviços no turismo é vista, hoje, como requisito básico de sucesso. A boa administração – seja ela no setor público ou privado – promove o progresso, tanto local como global. Para o turismo é crucial o uso de ferramentas e planejamento de marketing, comunicação eficiente e aproveitamento do potencial das pessoas, pois, sendo um fenômeno social e comercial, envolve o relacionamento entre organizações e pessoas.

Os hospitais, hoje, não são mais instituições focadas apenas no tratamento médico. São empresas que proporcionam bem estar e saúde, além de fisiológica, psicológica. Do ponto de vista administrativo, são organizações complexas, fora do comum, com suas diversas peculiaridades. Ao gerir um hospital devem ser considerados aspectos além dos conhecidos pelas indústrias, pelo comércio ou pelos serviços. Suas estruturas são diferentes, as estratégias utilizadas são específicas, há uma grande necessidade de pessoas qualificadas trabalhando. A qualidade dos serviços não é uma opção, mas sim, uma condição. Mesmo o paciente, antes tratado como um enfermo que precisava de cuidados médicos, hoje tem outro predicado: são clientes de saúde, que mais do que esses cuidados, precisam de qualidade de vida, bem estar e tranquilidade, para que sua recuperação se dê de forma rápida e eficiente.

Sendo identificada a mesma origem para hotéis e hospitais, a idéia de hotelaria hospitalar se justifica. A vocação de hospedagem é inerente nos dois lugares. Há, pois, ressalvas quanto aos seus públicos, seus resíduos e seus serviços. Todavia, é uma questão de adaptação. Um hospital é mais complexo do ponto de vista de serviços, pois há uma série deles que não podem ser oferecidos. Mesmo que o foco seja proporcionar bem-estar ao paciente, não se pode esquecer que há a doença e o tratamento envolvidos, e estes são aspectos cruciais na sua estadia.

A gestão de hospitalidade deve ser plenamente coordenada com a gestão médica. Isso porque a área médica tem uma série de obrigações a cumprir para com o paciente. A excelência hospitalar se dá através do oferecimento de serviços médicos de alto gabarito,

aliados a serviços de hotelaria impecáveis e surpreendentes, e essas duas áreas devem estar em constante harmonia. Um hospital competitivo tem esses preceitos inseridos na sua realidade.

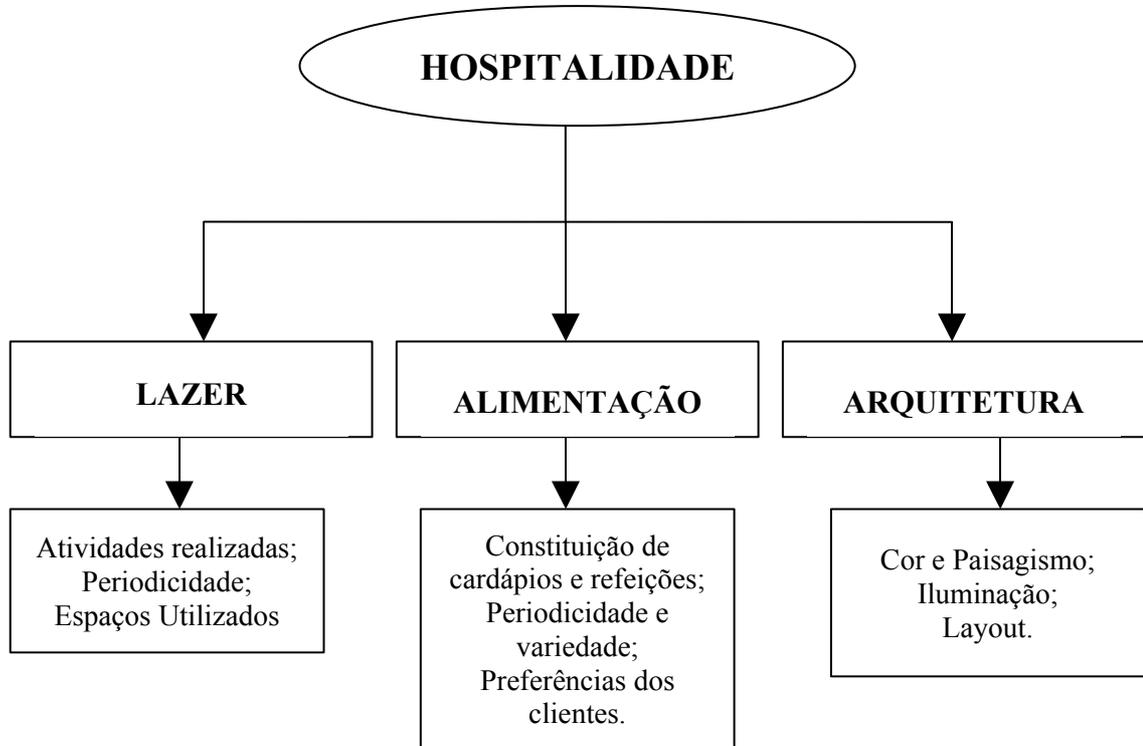


Figura 8: A relação da hospitalidade com as variáveis analisadas

Fonte: a autora

O lazer é uma das variáveis analisadas neste trabalho. É um fator importantíssimo em uma instituição de saúde que considera a hospitalidade como uma área estratégica. O lazer hospitalar é constituído de uma série de fatores. Alguns destes itens importantes são as atividades realizadas com os clientes – pacientes, acompanhantes, entre outros – e a periodicidade com que essas atividades são realizadas. Outro fator é a utilização dos espaços, sendo que um hospital pode ter espaços reservados para estas atividades, ou mesmo utilizar ambientes do hospital com outras finalidades.

A alimentação, além de ser um serviço sempre presente nas instituições de saúde, compõe um item a ser explorado por aquelas que querem oferecer um diferencial aos seus clientes. Portanto, vê-se a necessidade do estudo sobre a constituição dos cardápios e refeições, para saber o que está sendo oferecido. Também a periodicidade e a variedade dos alimentos são consideradas, já que constitui outro fator importante na caracterização do

serviço. Por fim, o atendimento às preferências dos clientes é analisado, sendo que isso mostra o cuidado da organização com a personalização dos seus serviços.

A arquitetura (ou engenharia) também constitui parte da pesquisa realizada. É um componente relacionado diretamente ao conforto e ao bem estar. Quando um ambiente utiliza a tecnologia a favor dos clientes torna o ambiente agradável. Mas não apenas isso: há uma série de outros fatores que influenciam nas percepções e sensações das pessoas. Alguns destes são as cores e o paisagismo, e também a iluminação, que proporcionam aconchego, tranquilidade, motivação, entre outros sentimentos. O layout é uma questão técnica das rotinas do hospital, mas é diretamente relacionada ao cliente. Isso porque, através do planejamento de fluxos, sinalização e facilidade de acesso, pode-se agilizar o atendimento, evitar movimentos e deslocamentos desnecessários, além de causar uma impressão de organização do ambiente.

Estas três variáveis, analisadas dessa forma, constituem o cerne da pesquisa realizada. Foram escolhidas pelo fato de visarem à humanização do atendimento, e não apenas a realização de rotinas operacionais. Já foi constatado que os hospitais que se utilizam da hospitalidade para proporcionar aos seus clientes um atendimento humano, e de qualidade, estão preparados para enfrentar a exigência dos clientes e as mudanças necessárias para se adaptarem ao mercado. A hotelaria e a hospitalidade nas instituições de saúde já não são diferenciais. Elas constituem uma grande fonte de percepções dos clientes, e, portanto, é crucial que os hospitais difundam estas premissas nas suas rotinas e nas suas missões.

3. METODOLOGIA

Para Gil (1999), os métodos que proporcionam as bases lógicas da pesquisa são:

- a) método dedutivo: parte do geral e, a seguir, refere-se ao particular. Parte de princípios indiscutíveis e considerados verdades. Encontra grande utilidade em ciências cujos princípios são enunciados como leis – como a física e a matemática. As objeções a esse método são que o raciocínio é tautológico¹², e que o raciocínio tem caráter apriorístico¹³;
- b) método indutivo: na direção oposta ao método dedutivo, parte do particular para, posteriormente, atingir a generalização. Parte-se da observação de fenômenos para se descobrir suas causas, e então, os compara com a finalidade da descoberta e as relações entre eles. Baseado nessas relações chega-se à generalização. O método foi criticado por não transmitir a certeza e a evidência, e também pelo seu caráter apriorístico, a exemplo do método dedutivo;
- c) método hipotético-dedutivo: foi definido por Karl Popper a partir de críticas ao método indutivo. Nesse método, os problemas surgem motivados pela falta de conhecimento para explicação de um determinado fato. Então, são formuladas hipóteses, e destas, se deduzem conseqüências a serem testadas ou falseadas. Quando a hipótese é provada – ou não pode ser falseada – tem-se a sua corroboração, mas não permanente, já que pode surgir um fato que a invalide. É um método bastante aceito por algumas ciências, como as naturais, e nem tanto por outras, como as sociais;
- d) método dialético: A dialética é um conceito antigo, utilizado desde Platão, até chegar a Hegel. O materialismo dialético é baseado em três princípios: a) a unidade dos opostos – todos os fenômenos apresentam contradições, que lutam e constituem o desenvolvimento da realidade; b) a quantidade e qualidade – mudanças quantitativas graduais geram mudanças qualitativas; e c) negação da negação – mudança nega o que é mudado e o resultado final é negado, gerando desenvolvimento. O método admite que os fatos sociais não podem ser

¹² Permite concluir, de forma diferente, a mesma coisa. Gil, p.28, 1999.

¹³ Partir de uma afirmação geral significa supor um conhecimento prévio. Gil, p. 28, 1999.

considerados isoladamente – sem a influência da cultura, da economia, da política. Também, distinguem-se das pesquisas sob a ótica positivista por privilegiarem as mudanças qualitativas às quantitativas;

- e) Método fenomenológico: proporciona uma descrição da experiência exatamente como ela é. Não se preocupa com o desconhecido que pode estar por trás do fenômeno. É criticado por não considerar a historicidade dos fenômenos.

Este trabalho é um estudo que utiliza o método fenomenológico, já que realiza a descrição de um fenômeno. Gil (2002) define que pesquisas são definidas a partir dos objetivos gerais. Assim sendo, esta pode ser reunida em três grandes grupos vistos a seguir:

- a) pesquisas exploratórias: são as que apresentam menos rigidez no planejamento, possibilitando considerar variados aspectos relativos ao objeto de estudo. Tem como finalidade “o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002, p.41). Normalmente envolvem: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas detentoras de experiências relacionadas com o problema pesquisado e análise de exemplos que, segundo Selltiz et al. (1967, p.63 *apud* GIL, 2002, p.41), estimulam o entendimento. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o intuito de proporcionar uma visão geral acerca de um fato, e realizadas quando o tema escolhido é pouco explorado, o que torna difícil formular hipóteses precisas sobre ele (GIL, 1999). Mesmo com grande flexibilidade, na grande maioria dos casos a pesquisa constitui pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso;
- b) pesquisas descritivas: têm como objetivo principal:
- b.1) a descrição de características de determinada população ou fenômeno – distribuição por idade, sexo, nível de renda, de escolaridade, entre outros;
 - b.2) o estabelecimento de relações sobre variáveis – como as pesquisas eleitorais que indicam relação entre a preferência pelo partido ou político e os níveis de escolaridade ou de renda;
- c) pesquisas explicativas: têm como finalidade “identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2002, p. 42). É a que mais aprofunda o conhecimento, visto que ela busca o porquê das coisas, e também o mais complexo, já que tem um alto risco de erro. O autor defende que o conhecimento científico é baseado em resultados obtidos através desse tipo de

pesquisa, e as pesquisas exploratórias e descritivas também têm grande valor, já que são etapas prévias para uma pesquisa explicativa.

Este trabalho pode ser considerado como exploratório descritivo, pois além de conter uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto abordado, compreende estudo de caso, e descreve as características de um fenômeno.

Rejowski (2000, p.106-107), em um estudo sobre as dissertações e teses de turismo defendidas no país entre 1975 e 1992, afirma que os trabalhos analisados não se enquadravam perfeitamente nas classificações metodológicas utilizadas nas pesquisas das ciências humanas e sociais. Portanto, a autora criou um quadro referencial para diferenciar os tipos de estudo. Foram identificados os seguintes conceitos:

- a) análises: decompõe partes de um todo, visando conhecer sua natureza, proporções, funções, relações, etc. Análises comparativa, econômica, crítica, mercadológica, diagnóstica, climatológica, de comunicação, de desempenho e do consumidor;
- b) estudos de caso: enfoca um caso (numa região, cidade, local, instituição, grupo, etc.). Normalmente diagnostica o problema indicando soluções;
- c) modelos: constrói ou adapta modelo (metodológico, matemático, estatístico, teorométrico) a ser aplicado ou não como regra de análise;
- d) programa: formula ou avalia programa(s), plano(s) ou projeto(s);
- e) classificações: elabora sistemas classificatórios de elementos de um todo (classificação ambiental, classificação da demanda, tipologia);
- f) estudos compreensivos: busca compreender os elementos que compõem o todo, baseados em bibliografia, documentos ou depoimentos;
- g) inventários: levanta, descreve e analisa recursos ou patrimônio natural e cultural de um país, região ou local;
- h) estudos históricos: reconstrói, analisa e interpreta fatos históricos, calcados em bibliografia e documentos;
- i) estudos normativos: estudam conjunto de leis, normas jurídicas, fundamentados em bibliografia e documentos.

Segundo a proposta de Rejowski (2000), este estudo se enquadra na categoria de estudo de caso, visto que se descrevem as características de um determinado fenômeno, e indica problemas e suas eventuais soluções.

3.1 DEFINIÇÃO DA PESQUISA – ESTUDO DE CASO

Para Laville e Dionne (1999), a definição de um estudo de caso é que este é uma estratégia de pesquisa, que utiliza dados existentes, e através do qual o pesquisador focaliza um determinado caso, que, normalmente, é escolhido pelo seu caráter típico, com o intuito de investigá-lo em profundidade. Já Cervo e Bervian (2002, p. 67) conceituam, simplesmente, o estudo de caso como sendo “a pesquisa sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo do seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida”.

Laville e Dionne ressaltam que o estudo de caso é uma estratégia de verificação de hipóteses, que permite, inicialmente, “fornecer explicações no que tange diretamente ao caso considerado e elementos que lhe marcam o contexto” (LAVILLE E DIONNE, 1999, p. 155-156). Se o estudo se refere sempre sobre um determinado caso, este examinado em profundidade, “toda forma de generalização não é por isso excluída. (...) um pesquisador seleciona um caso, na medida em que este lhe pareça típico, representativo de outros casos análogos. As conclusões gerais que ele tirará deverão, contudo, ser marcadas pela prudência” (LAVILLE E DIONNE, 1999, p. 155-156).

Para Yin (2001), os estudos de casos são utilizados como estratégia de pesquisa em diversas situações, e entre elas está a supervisão de dissertações e teses nas ciências sociais.

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porque”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Podem-se complementar esses estudos de casos “exploratórios” com dois outros tipos – estudos “exploratórios” e “descritivos”. Independentemente do tipo de estudo de caso, os pesquisadores devem ter muito cuidado ao projetar e realizar estudos de casos e fim de superar as tradicionais críticas que se faz ao método. (YIN, 2001, p. 19).

Yin (2001, p. 32-33) ainda define o estudo de caso como sendo uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Isso quer dizer que este método pode ser utilizado quando se objetiva lidar com condições julgadas contextuais, que poderiam ser pertinentes ao fenômeno de estudo. O autor ainda assegura que o fenômeno e o contexto são separados através do experimento, o que torna possível a utilização de apenas algumas variáveis. a investigação se dirige a uma determinada situação, “tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse

do que pontos de dados e (...) baseia-se em várias fontes de evidências (...) e como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados”(YIN, 2001, p. 32-33).

Considerando Yin (2001) e Stake (2000, *apud* GIL, 2002, p.137), são sete as etapas de um estudo de caso, que, neste trabalho, podem ser descritas desta forma:

- a. formulação do problema;
- b. definição da unidade-caso;
- c. determinação do número de casos;
- d. elaboração do protocolo;
- e. coleta de dados;
- f. avaliação e análise dos dados;
- g. preparação do relatório.

Essas etapas podem ser acompanhadas a seguir.

3.1.1 Formulação do problema

A formulação do problema é o ponto de partida de uma pesquisa. O problema envolve sempre uma dificuldade, teórica ou prática, para a qual se deve encontrar uma solução (MARCONI E LAKATOS, 1996; CERVO E BERVIAN, 2002). Para Gil (2002), um problema é de natureza científica quando envolve variáveis testáveis, e podem ser voltados para avaliações de determinadas ações e programas, predição de acontecimentos, conseqüências de várias alternativas possíveis, entre outros.

Laville e Dionne (1999) defendem a mobilização da mente humana através dos problemas. “A busca por um maior entendimento de questões postas pelo real, ou ainda a busca de soluções para problemas nele existentes, tendo em vista a sua modificação para melhor. Para chegar aí, a pesquisa é um excelente meio” (LAVILLE E DIONNE, 1999, p. 85). Afirma-se que um problema sempre deve ser formulado em forma de pergunta (CERVO E BERVIAN, 2002; GIL, 2002; LAVILLE E DIONNE, 1999; MARCONI E LAKATOS, 1996).

Assim sendo, a questão problema que perpassa todo o trabalho é a seguinte: será que a gestão de hospitalidade está sendo gerida de forma competente e, com isto, gerando competitividade para os hospitais?

As variáveis a serem pesquisadas são:

- a) lazer: atividades realizadas, periodicidade e espaços utilizados.
- b) alimentação: constituição das refeições e de cardápios, periodicidade e variedade e preferências dos clientes;
- c) arquitetura: cor e paisagismo, iluminação e layout;

3.1.2 Definição da unidade-caso

A definição da unidade a ser estudada difere de acordo com o tipo de pesquisa. Neste trabalho, segundo Gil (2002) este é um estudo de caso intrínseco, que é aquele em que o caso constitui o próprio objeto da pesquisa. Dessa forma, a unidade-caso desta pesquisa é o hospital.

3.1.3 Determinação do número de casos

Em uma pesquisa, pode ser realizado estudo de um único caso, ou de múltiplos casos. A determinação deste número não pode ser feita aleatoriamente. Apenas um caso será analisado para efeito desta pesquisa, e o objeto a ser investigado é o Hospital Unimed Nordeste RS, sito à Rua Carlos Bianchini, 1744, em Caxias do Sul, RS.

Este hospital foi inaugurado no ano de 2004. Foi idealizado segundo conceitos de gestão integrada da área médica com a hospitalidade. Além disso, passa pelo processo de acreditação hospitalar, que, segundo Mezomo (2001) é o reconhecimento da existência de certos padrões de qualidade nos serviços de saúde de uma comunidade. Para conseguir a acreditação, um hospital é analisado em muitos aspectos, e é essencial o oferecimento de serviços de qualidade. Portanto, o Hospital Unimed Nordeste RS constitui interessante caso a ser estudado.

3.1.4 Elaboração do protocolo

É uma das melhores formas de fornecer confiabilidade a um estudo de caso. Define a conduta a ser adotada na aplicação da pesquisa. Yin (2001, p. 89–91) considera quatro etapas na elaboração do protocolo, que são: a) visão geral do projeto; b) procedimentos de campo; c) questões do estudo de caso; e d) guia para o relatório.

a) visão geral do projeto: compreende os objetivos e o cenário em que se desenvolverá a pesquisa. O cenário é definido como sendo um hospital de convênio, inaugurado em dezembro de 2004, que presta atendimento a pacientes adultos. Pertence à cooperativa Unimed Nordeste RS, composta por 1007 médicos cooperados. Atende às 17 cidades da região nordeste do Rio Grande do Sul que compõem a cooperativa. O plano de saúde da Unimed Nordeste RS possui 321 mil usuários. O hospital, atualmente, conta com 440 funcionários. Há 105 leitos em funcionamento, sendo que 9 deles estão na Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (USI) e 10 leitos estão na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Também há 2 leitos de emergência e 4 leitos ambulatoriais. O bloco cirúrgico é constituído por 6 salas de cirurgia. Possui um centro de diagnóstico por imagem, que oferece serviços de raio X, tomografia, ecografia e endoscopia, entre outros exames e procedimentos. Também possui laboratório de análises clínicas.

Os objetivos do trabalho são os seguintes:

a.1) Objetivo Geral:

Estudar a gestão da hospitalidade no Hospital Unimed Nordeste RS.

a.2) Objetivos Específicos:

- Identificar as características da área de lazer no Hospital Unimed Nordeste RS;
- Identificar as características da alimentação no Hospital Unimed Nordeste RS;
- Identificar as características da área de arquitetura no Hospital Unimed Nordeste RS.
- Estudar de que forma esses temas influenciam a hospitalidade no Hospital Unimed Nordeste RS.

b) procedimentos de campo: acesso às informações ou aos locais do estudo de caso. O Hospital Unimed Nordeste RS, escolhido para esta pesquisa, entende a importância

deste estudo de caso. Isso porque, além de contribuir ao conhecimento científico, proporciona à instituição um diagnóstico do seu trabalho no que se refere à hotelaria e à hospitalidade. Assim, um trabalho de reforço dos pontos fortes, e de correção de pontos fracos pode ser realizado, além de mudanças e acréscimo nos serviços, tornando o hospital competitivo. Portanto, o acesso às informações é totalmente aceito e facilitado.

- c) questões do estudo de caso: fontes de informação e questões formuladas para obter dados. Nesta pesquisa serão utilizadas três fontes de evidências. A primeira se dará através de observação direta (diagnóstico da área de hospitalidade através de verificação *in loco* de procedimentos e serviços oferecidos relacionados às variáveis em questão). A segunda será um levantamento de informações através de questionários aplicados com cerca de 100 pacientes-clientes do hospital em questão. A terceira fonte é composta de entrevistas com funcionários das áreas relacionadas às variáveis de hospitalidade neste hospital, que são a alimentação (nutrição e dietética), a arquitetura (engenharia), e o lazer.
- d) guia para o relatório do estudo de caso: é o elemento que menos se encontra nos estudos de caso. O pesquisador deve se ater ao planejamento do relatório final de um estudo. Para isso, o estudo de caso piloto é uma forma de projetar um cenário de análise de dados coletados. Sendo dessa forma, será realizado um estudo de caso piloto, que servirá como teste para a confecção dos questionários e para a análise dos dados coletados. Esse estudo de caso piloto se dará no Hospital do Círculo, em Caxias do Sul (RS), através da aplicação de 5 questionários, com resultados mostrados em relatório.

3.1.5 Coleta de dados

Este processo é bastante complexo quando se trata de pesquisas desta modalidade. Isso acontece porque o estudo de caso utiliza mais de uma técnica, já que a utilização de diversos instrumentos e ferramentas é fundamental para a garantia de qualidade da pesquisa. Os resultados obtidos devem ter origem na convergência ou divergência de informações obtidas através dos diferentes procedimentos.

Conforme visto anteriormente, serão utilizadas três fontes de evidências: a) observação direta; b) questionários aplicados com pacientes-clientes do hospital; e c) entrevistas com os responsáveis pelas três áreas abordadas (assistente social, psicóloga,

engenheiro civil e duas nutricionistas-chefe). O roteiro utilizado nas entrevistas encontra-se no Anexo 3. As entrevistas realizadas transcritas na íntegra se encontram nos Anexos 4 (lazer), 5 (alimentação) e 6 (engenharia). O questionário aplicado está no Anexo 7.

3.1.6 Análise dos dados

Este é o item de natureza metodológica mais carente de sistematização. Gil (2002) admite que a análise dos dados seja, predominantemente, de natureza qualitativa. É importante condição a manutenção da totalidade da unidade social. Antes da coleta dos dados, deve ser formulado um sistema de análise, através um quadro de referência teórico. A análise deve ser planejada e testada antes que as informações sejam captadas pelos diversos instrumentos de pesquisas. Conforme citado anteriormente, o estudo de caso piloto é uma excelente forma de planejamento e correção de análises de dados coletados e disponíveis.

3.1.7 Redação do relatório

Gil (2002) é direto na questão de que o relatório, nestes casos, tem menor grau de formalidade. Porém, já são verificados estudos de casos apresentados de maneira muito próxima à dos demais relatórios. Nesta pesquisa, opta-se por manter divisão entre os temas importantes, mas interligá-los, mantendo a unidade do trabalho.

3.2 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO PILOTO

O estudo de caso piloto foi realizado com o objetivo de validar o instrumento de pesquisa. Através dele, foram identificados diversos aspectos, como a forma de abordagem, a elaboração de questões claras e objetivas, a extensão do instrumento, se este é realizado com dedicação ou se é “maçante”, enfim, a necessidade de mudanças para atingir o público pesquisado de forma a adequar os instrumentos de pesquisa.

O estudo de caso piloto foi realizado em um hospital com características um pouco diferentes do estudado posteriormente. Cinco questionários foram realizados. Todos eles foram aplicados a pacientes. O hospital utilizado para a realização do piloto foi o Hospital do Círculo, sito à rua General Arcy da Rocha Nóbrega, nº 421, bairro Madureira, em Caxias do Sul, RS. Apesar de pertencer ao Círculo Operário Caxiense, que possui um plano de saúde

próprio, atende a outros convênios – de diversos planos de saúde e também de empresas – e também ao público particular.

3.2.1 Caracterização do ambiente

O Hospital do Círculo foi inaugurado em 1995. Conta com 144 leitos. Possui bloco cirúrgico com 6 salas, 10 leitos de UTI adulto e UTI neo-natal com 14 leitos.

A instituição também conta com maternidade, centro obstétrico e pediatria. Há pronto atendimento, pronto socorro e unidade de internação específica para pacientes em tratamento de quimioterapia.

Possui 558 funcionários atuando em diversas áreas. Foi construído horizontalmente, conforme pode ser visto (Foto 1):



Foto 1: Vista aérea do Hospital do Círculo

Fonte: <http://www.circulo-operario.org.br/hospital/index.asp>

Os apartamentos podem ser privativos ou coletivos (com dois leitos). A recepção possui balcão de informações, e é iluminada por grandes janelas – e assim, uma questão do instrumento que tratava das janelas da recepção do Hospital Unimed Nordeste RS não precisou ser retirada. Os corredores têm sinalização marcante e possuem grandes janelas para entrada de luz natural. Há também jardins que podem ser vistos de todos os apartamentos, e assim, as questões referentes aos jardins do Hospital Unimed Nordeste RS também não precisaram ser retiradas.

3.2.2 Aplicação do questionário e resultados

Foram realizados cinco questionários com pacientes internados por diversos motivos. Dos cinco instrumentos aplicados, apenas dois foram respondidos pelo próprio paciente. Os outros três solicitaram ajuda ao pesquisador para responder. O pesquisador leu as questões e as alternativas de resposta, e os pacientes respondiam “prontamente” (logo, “entenderam” as perguntas e se dispuseram a responder sem restrição).

Uma dificuldade encontrada na aplicação do questionário foi o fato de que três pacientes pediram o auxílio do pesquisador para responder o questionário. Isso porque dois deles estavam sem o acompanhante no momento, e um deles informou que a acompanhante do momento não poderia responder, provavelmente por que tinha dificuldades para ler e escrever.

Para a aplicação definitiva do instrumento, a ser realizada com aproximadamente 100 pacientes, foi recomendado pelo responsável pela internação que não fosse realizada no momento da alta hospitalar. Isso porque o paciente já está ansioso em sair do hospital, e não tem paciência e nem vontade para responder questionários, o que foi constatado anteriormente na aplicação de pesquisas da própria instituição. Assim, o teor das respostas obtidas pode ser comprometido. Então, o que se detectou como o mais indicado para isso é deixar o questionário no apartamento, e recolhê-lo algumas horas depois. Isso porque o paciente tem mais tempo de responder às questões, ou de pedir ajuda ao acompanhante. Assim, não há comprometimento das respostas por indução do pesquisador, ou mesmo por receio do entrevistado em responder conforme suas reais opiniões. No momento em que deixa o instrumento no leito, o pesquisador deveria se identificar e falar o motivo de este ser aplicado. Então, o questionário seria brevemente explicado, destacar-se-ia a importância da real opinião do entrevistado, e também seria ressaltada a questão de não identificação do paciente – o que muitas vezes contribui para a sinceridade na opinião e a veracidade das informações registradas. O pesquisador avisaria em quanto tempo recolheria o material, e, depois desse tempo, voltaria ao leito para recebê-lo e agradecer pela atenção e tempo dispensado.

Quanto às questões, pôde-se notar o total entendimento por parte dos entrevistados. Houve pouca necessidade de mudança entre o instrumento piloto e o definitivo, e elas ocorreram no sentido de instruir quanto à forma de resposta.

Na 5ª questão, se a pergunta é respondida negativamente, não há necessidade de resposta nas questões de número 6, 7 e 8, o que deve ser destacado no material. Ainda na 5ª questão, há necessidade de colocar a palavra diversão, juntamente com lazer e recreação, com

o objetivo de clarear para os clientes o que se quer saber. Na questão de nº 9 há troca da palavra “servidas” por “oferecidas”, já que algumas vezes os pacientes recusam a comida e não a contabilizam no momento de responder. Na 11ª pergunta, insere-se a palavra “bandeja” – entre parênteses – de modo a explicar o que se quis dizer com apresentação das refeições. Na questão de n.º 12, também há alteração, que é a eliminação do 6º item, visto que o cliente não tem como identificar muitos ingredientes utilizados e, em consequência, não pode responder a indagação. Na 21ª questão, a palavra “ver” deve ser grifada, facilitando o entendimento do que é perguntado. Uma mudança de ordem ocorre entre as questões de n.º 22 e 23. As questões são invertidas. Além disso, a palavra “utilizaram” – atualmente na questão 23 – deve também ser grifada. As questões de nº 27 – Faça considerações sobre as deficiências do hospital – e 28 – Faça considerações sobre as virtudes do hospital –, totalmente reformuladas, facilitam o seu entendimento. Assim, a 27ª questão é “Para você, quais são as deficiências (pontos fracos) deste hospital?”, e a 28ª, “E quais são as virtudes (pontos fortes) deste hospital?”

4. ANÁLISE

A análise dos dados é uma das etapas mais importantes de uma pesquisa. Gil (2002) afirma que há três etapas envolvidas: a codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. A interpretação pode ser feita juntamente com a análise, ou após a mesma, e consiste em “estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente” (GIL, 2002, p.125).

Neste trabalho utilizaram-se três tipos de fontes de evidências na coleta de dados. A primeira delas foi a observação direta, que foi realizada nos diversos ambientes do Hospital Unimed Nordeste RS, em diferentes oportunidades. Esta gerou um conjunto de informações, que, mais tarde, foram úteis para efeito de comparação dos dados obtidos. A segunda foram as entrevistas, realizadas com os responsáveis pelas variáveis estudadas. A entrevista relacionada à área de alimentação foi respondida pelas nutricionistas que são chefes do serviço. A que diz respeito à arquitetura hospitalar foi realizada com o engenheiro hospitalar. A entrevista pautada no lazer foi respondida pela psicóloga e pela assistente social do hospital. O terceiro instrumento utilizado foi a aplicação de questionários aos pacientes.

As respostas obtidas nos questionários foram codificadas e tabuladas, conforme anteriormente estruturado. Então, os cálculos necessários para obter os resultados mensurados foram realizados. Com estas informações, foi possível fazer o cruzamento e a comparação com as entrevistas, e também com as anotações feitas a partir da observação.

A análise interpretativa que se segue é fundada nas informações obtidas na compilação das três fontes de evidências utilizadas, em comparativo com a revisão bibliográfica que forma a base desta pesquisa. Para complementação de informações, o Anexo 2 traz fotos do hospital.

Para obter informações sobre as variáveis analisadas no trabalho foi aplicado um questionário aos pacientes. Estes foram distribuídos entre leitos privativos, semi-privativos e Unidade de Tratamento Semi-intensivo (USI). O retorno dos questionários aplicados pode ser conferido no Gráfico 1:



Gráfico 1: Retorno dos questionários aplicados

Fonte: a autora

De 110 questionários entregues, 83 retornaram respondidos, o que, conforme o gráfico, representa mais de 75%. O resultado foi extremamente positivo, pois o hospital tem um retorno de apenas cerca de 20% na sua pesquisa de satisfação, conforme constatado na observação e em conversa com a responsável pelo instrumento.

Foram feitas indagações a respeito do tempo de permanência do paciente no hospital (Gráfico 2) e também no motivo de sua internação. Além disso, a presença de um acompanhante no tempo de internação, e quem era esse acompanhante, serviram para identificar se há necessidade de serviços que atinjam este público.

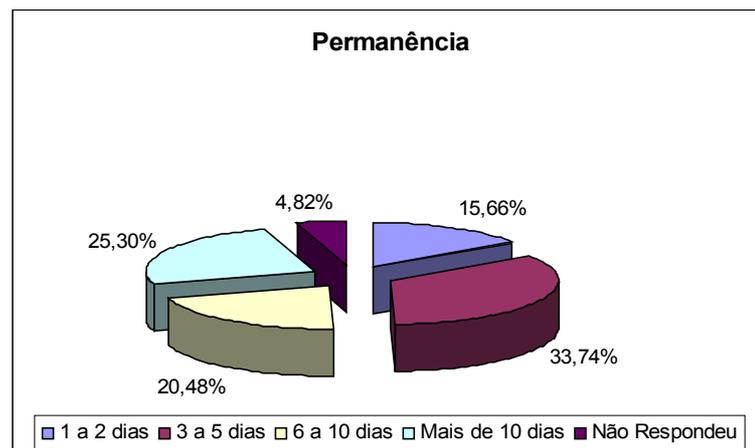


Gráfico 2: Tempo de permanência no Hospital Unimed

Fonte: a autora

Foi constatado que apenas 15,66% dos pacientes entrevistados ficaram internados 1 ou 2 dias – que caracterizam breves internações. Esses seriam pacientes que não teriam tempo de usufruir dos benefícios e serviços oferecidos. Em comparação, as internações de 3 a 5 dias –

que caracterizam internações de tempo médio – foram responsáveis por mais de 33% dos resultados. Estes pacientes já têm conhecimento sobre o que o hospital oferece, e tem plenas condições de formar opinião sobre isso. As internações longas correspondem àqueles pacientes internados por 6 a 10 dias, e também tratamentos longos, com internações acima de dez dias. Estas respondem por quase metade dos resultados da amostra.

Uma internação hospitalar pode ser causada por um procedimento cirúrgico, por um tratamento clínico, ou mesmo por observação ou diagnóstico de um problema de saúde. Este aspecto obteve os seguintes resultados na pesquisa realizada (Gráfico 3):

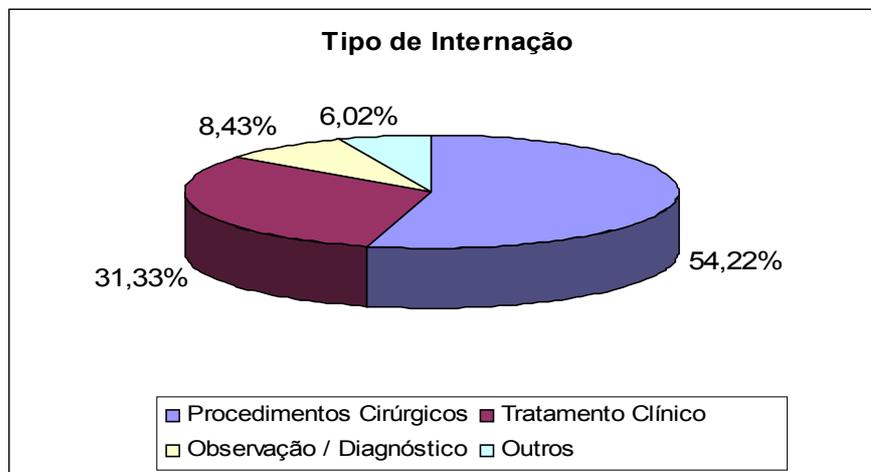


Gráfico 3: Tipo de Internação

Fonte: a autora

Observa-se que mais de metade dos entrevistados realizaram ou realizarão procedimentos cirúrgicos, o que significa que o hospital é predominantemente cirúrgico. Com esta informação, destaca-se que o Hospital Unimed tem atingido seu objetivo, constatado e confirmado através da observação direta. O seu propósito é ser um hospital de alta complexidade, caracterizado pelo alto número de cirurgias, de pequeno, médio e grande porte. Além disso, 31,33% dos pacientes se submeteram a algum tipo de tratamento clínico – como quimioterápicos, por exemplo. Pacientes internados em observação, ou esperando por diagnósticos, representam apenas 8,43%. Outros casos – como pacientes que, primeiramente realizaram cirurgia ou que estavam em observação e seguiram para tratamento clínico – correspondem a pouco mais de 6% do total de entrevistados.

Quanto aos acompanhantes, pôde-se observar um número muito interessante de pacientes que puderam contar com estes durante sua permanência no hospital (Gráfico 4).

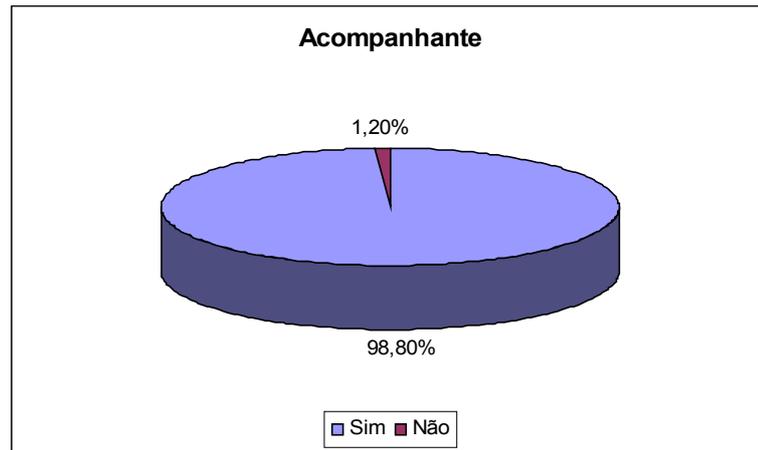


Gráfico 4: Acompanhante

Fonte: a autora

Nota-se, no gráfico, que praticamente todos os pacientes possuem a companhia de alguém durante seu tratamento. Essas pessoas estão divididas nas seguintes categorias (Gráfico 5):

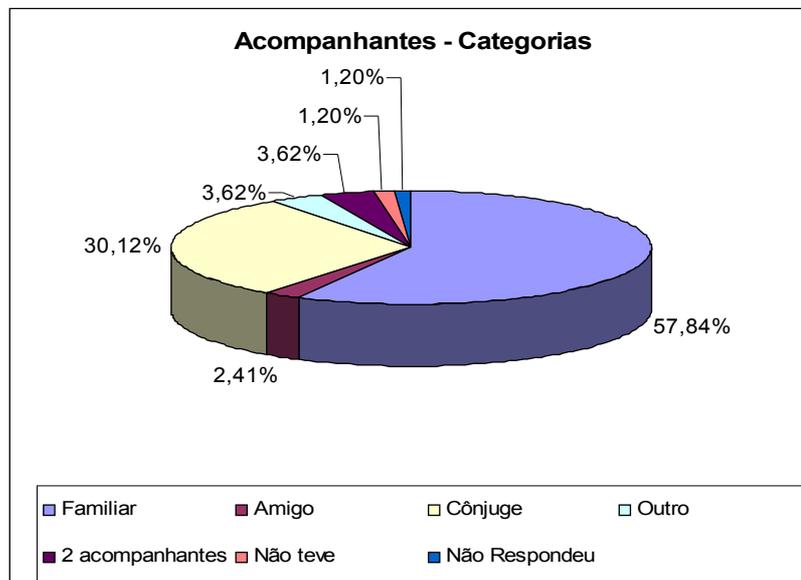


Gráfico 5: Categorias de Acompanhantes

Fonte: a autora

A grande maioria – mais de 57% – teve como acompanhante alguém da família, que não seu cônjuge. Estes, por sua vez, foram responsáveis por 30,12% dos acompanhantes dos pacientes. Pequenas parcelas dos entrevistados tiveram como acompanhante amigos, ou outras pessoas, e também mais de um acompanhante. Conforme foi observado, este último caso ocorria quando o acompanhante trocava no turno da noite, ou do dia.

4.1 LAZER

O lazer é uma das variáveis analisadas nesta pesquisa. Muito discutido é o seu papel na sociedade, e, também, nas instituições de saúde. Nelas, representa um importante fator de humanização. Uma instituição que tem atividades de lazer e recreação inseridas no seu cotidiano empresarial mostra uma grande preocupação com o bem estar com os usuários de seus serviços.

Segundo constatado em entrevista com as pessoas responsáveis pelo lazer no Hospital Unimed – assistente social e psicóloga – existem algumas atividades disponíveis aos pacientes, e também muitos projetos de espaços e de recreação. Conforme as informações há uma preocupação especial com a qualidade de vida. É busca constante um trabalho de humanização, que reflita, tanto na saúde mental, quanto na saúde física do cliente.

O Hospital Unimed considera como um diferencial a existência de atividades de lazer com pacientes adultos. O local atende apenas a pacientes adolescentes, adultos e idosos, sem o atendimento pediátrico, que, normalmente, é um público a ser trabalhado no lazer. Algumas atividades proporcionadas para crianças foram adaptadas e trabalhadas para os adultos.

O lazer não constitui um departamento específico no hospital. Quem trabalha com lazer é a assistente social, a psicóloga clínica, e também os Médicos do Sorriso, que são terceirizados, porém seguem as normas do hospital. Essas pessoas são subordinadas à gerência operacional. Outras áreas ligadas ao lazer são o Serviço de Nutrição e Dietética, a enfermagem, a gestão e a manutenção. Há uma série de projetos sendo colocados em prática, que envolverão ainda mais áreas, além das já citadas e da psicologia clínica e do serviço social, como a gestão de pessoas, a saúde ocupacional, a coordenação de enfermagem, o serviço contra infecções. Já em relação aos Médicos do Sorriso, todos os setores são envolvidos, já que trabalham com pacientes, familiares e acompanhantes, e também com os funcionários.

Para cada atividade de lazer é realizado um projeto, com os objetivos, as justificativas, as metas e os indicadores. Os deveres e direitos são colocados nesses projetos, cada atividade tem as suas regras.

Há um local chamado *solarium* (Foto 2), para onde os pacientes e os seus familiares ou acompanhantes podem se deslocar, e permanecer ali, para conversar, ler, descansar. É bem iluminado, há muito vidro para que se possa contemplar a paisagem, aparece o jardim. Neste momento, não há nenhuma atividade específica sendo desenvolvida no local. Além desse

local, há as atividades com os Médicos do Sorriso, que também levam lazer até o leito, e a todas as dimensões do hospital.



Foto 2: Solarium

Fonte: Unimed Nordeste RS

Para os Médicos do Sorriso entrarem em um leito, há dia e horário específico. O setor que vão visitar é determinado. É feita uma orientação de como eles devem proceder, pois cada paciente é um caso diferente. Os acompanhantes têm determinadas características, então, deve-se adaptar a atividade. Não é indicado que eles entrem no leito sem falar com a enfermeira responsável para saber como o paciente está. Um dos tipos de trabalhos realizados é com a música.

Segundo relatado em entrevista, o oferecimento de atividades de lazer é fundamental pela qualidade de vida. Procura-se realizar um trabalho de humanização, que reflita na saúde mental e na saúde física. O público atendido engloba os pacientes internados, os familiares e os acompanhantes. Normalmente, todos os pacientes são atendidos, mesmo aqueles que se encontram em UTI, pacientes debilitados. Os Médicos do Sorriso vão para o leito fazer as brincadeiras, e quando os pacientes podem sair do leito, eles vão ao *solarium*, ou mesmo nos corredores realizar as brincadeiras.

No hospital, não há atividades físicas (como ginástica, caminhadas, entre outros), já que seria necessária a contratação de profissionais da área, e o lazer ainda está se estruturando. Se o paciente tem autorização médica, pode realizar caminhadas pelos jardins. Há outros projetos de lazer, como a Brinquedoteca, a Biblioteca Viva, a Hora do Conto, a Oficina Terapêutica. Também há intenção de promover palestras sobre datas comemorativas, utilizando os Médicos do Sorriso, com orientação dos responsáveis pelo lazer.

Na oficina terapêutica são planejadas conversas e dinâmicas de grupo. Também se utiliza pintura, massa de modelar, revistas, desenhos. Assim, o familiar consegue mostrar seus sentimentos, e enquanto ele trabalha com os objetos, vai libertando o que não pode expressar nem para a família, nem para o paciente. Há uma troca de experiências, pois encontram outras pessoas com problemas semelhantes, e ocorre uma ajuda mútua. A cada sessão, participam de 6 a 8 pessoas.

A brinquedoteca está sendo montada. Iniciou-se com a sala do *solarium*, com oficinas terapêuticas para os familiares e acompanhantes dos pacientes. Agora estão adquirindo brinquedos, mesas, cadeiras, para montá-la. Assim, ela terá atividades de jogos orientados, e mais a oficina terapêutica, com a participação dos pacientes, dos familiares e dos acompanhantes. O horário de funcionamento será de segunda a sexta feira, das 14h às 16h. Os brinquedos utilizados são como os das crianças – dominó, jogos de varinha, jogo da memória, cartas, bingo, quebra cabeças, além de materiais, como massa de modelar, folhas de desenho, revistas, tesoura, cola, e tintas. Isso é importante porque o adulto, junto com a brincadeira, precisa trabalhar o aspecto emocional. Será necessária uma divulgação interna dessa atividade, principalmente junto ao médico, para que ele autorize o paciente a participar dessa atividade. Quando ele não puder se deslocar, a intenção é levar os jogos e brinquedos para o leito. Também há projeto para fazer a biblioteca e a Hora do Conto, e também tardes de cinema, com exibição de filmes e debates.

No hospital há uma capela (Foto 3), que tem missas realizadas por um padre uma vez por semana, às quintas-feiras, às 16 h. Cerca de 12 a 15 pessoas participam de cada uma delas. São direcionadas ao público do hospital. Além das missas, pode se utilizar a capela para rezar, pois ela fica aberta ao público.



Foto 3: Capela do Hospital Unimed

Fonte: a autora

A área do lazer pode ter atividades terceirizadas. Muitas das atividades citadas por Taraboulsi (2003) e Godoi (2004) são realizadas por pessoas que, não necessariamente, trabalham no hospital. É viável a contratação, por exemplo, de serviços para a realização de atividades físicas, artísticas – música, teatro, cinema, etc. – e de passeio, além de palestras e oficinas diversas. Isso poderia contribuir com o bem estar do paciente, oferecendo-lhe diversas opções de recreação e entretenimento, sem sobrecarregar o funcionamento da instituição. Também se destaca, dentro desta ferramenta, o fato de que um dos projetos de lazer existentes é terceirizado, que são os Médicos do Sorriso.

Sobre os tipos de atividades de lazer e recreação citadas pelos pacientes, pôde-se constatar, no Gráfico 6, que não há uma grande variedade delas.

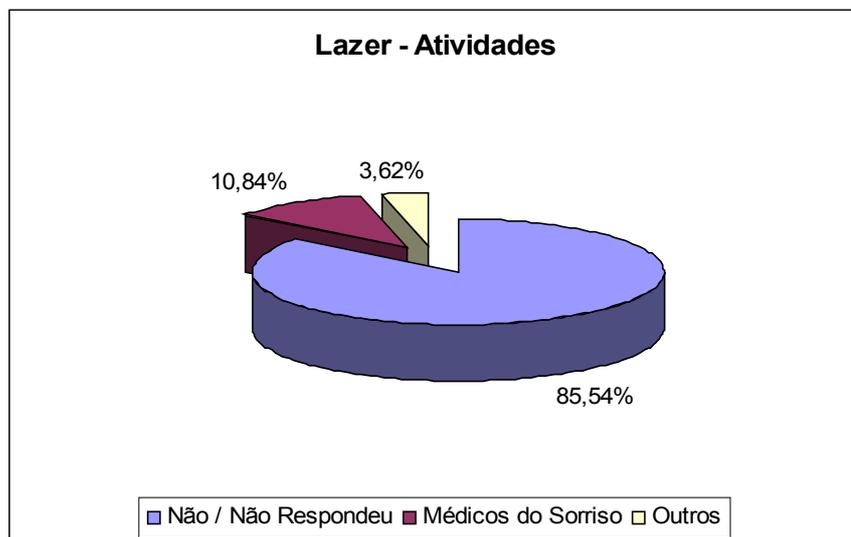


Gráfico 6: Atividades de lazer

Fonte: a autora

A grande maioria dos entrevistados não respondeu a questão. Isso significa que, se alguma atividade de lazer, recreação ou diversão lhes foi proporcionada, estes não a consideram como tal. Apenas 10,84% citaram a visita dos Médicos do Sorriso, e uma minoria (menos de 4%) considerou como lazer atividades como a televisão, a música e a igreja (capela).

Os Médicos do Sorriso derivaram de um projeto chamado Doutores da Alegria, que foi inspirado em *Patch Adams*. São atores, formados em *clowns* – que são palhaços. São especialistas no trabalho em hospitais. O diferencial do Hospital Unimed é que eles trabalham com adultos. Não há brincadeiras prontas, nem roteiros. Eles vão à sala de espera, ou até os funcionários, ou ao paciente, e conforme o que encontram, improvisam brincadeiras, músicas,

e interagem com o paciente, funcionário ou familiar. Para os responsáveis pelo projeto, tanto os Médicos do Sorriso quanto o atendimento psicológico acabam contribuindo com o tratamento clínico. Atualmente há cinco *clowns* no projeto, que sempre atuam em dupla. Cada paciente é “sentido” para que se saiba qual brincadeira se deve fazer. Em média, em uma semana, um paciente recebe a visita dos Médicos do Sorriso três vezes. Visitam também pacientes da UTI, e no bloco cirúrgico. Os clowns são vistos na Foto 4:



Foto 4: Médicos do sorriso

Fonte: a autora

Segundo relatado em entrevista, há muitos elogios para os Médicos do Sorriso. Há pacientes que pedem para receber a visita dos *clowns*, mesmo não sabendo o nome do projeto – pedem pela visita dos palhaços. Para fazer as visitas, os *clowns* solicitam aos usuários do leito se podem entrar, e se deixarem, fazem suas atividades. Se não aceitarem, eles saem e tentam uma outra vez. Esse paciente se torna o caso especial, então eles voltam outro dia para tentar ser atendidos. Os Médicos do Sorriso sabem quando devem parar com as brincadeiras, pois se um paciente não está gostando da atividade, não podem forçá-lo a participar.

São feitas reuniões com os *clowns*, em que são discutidos os casos que chamam a atenção e também as dificuldades deles. Isso porque eles podem ter seus problemas pessoais, e devem ser respeitados como seres humanos. Há uma flexibilidade nos horários e nos setores e serem visitados. Os Médicos do Sorriso atendem, em média, 20 pessoas diariamente. Eles trabalham, por dia, em dois turnos de 3 horas e meia, em dias de semana, e em um turno nos finais de semana. Não apenas os pacientes são atendidos, mas também os familiares, acompanhantes, visitantes e funcionários.

Um ponto que chamou atenção na observação e na entrevista é que os Médicos do Sorriso registram todos os atendimentos realizados. São informações quanto a percepção – como perceberam o paciente na entrada e depois, na saída – e as mudanças de humor. São feitos relatórios baseados nessas informações.

Entre os pacientes que citaram participar de atividades de lazer durante sua internação, a frequência foi distribuída conforme as informações do Gráfico 7:

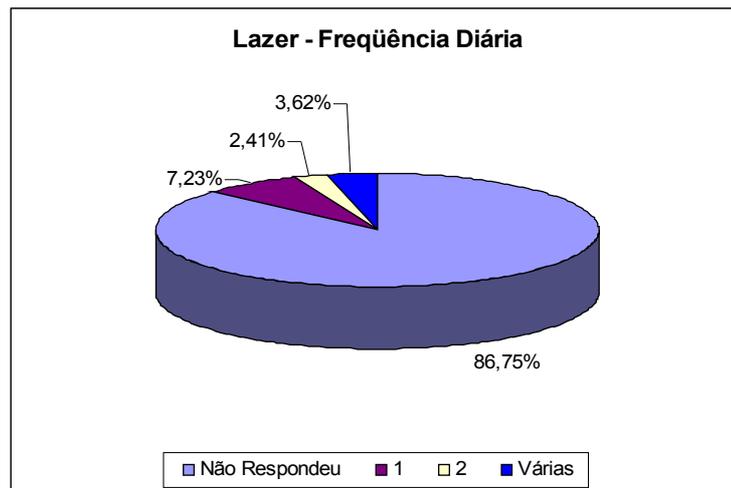


Gráfico 7: Frequência do lazer

Fonte: a autora

A maior parte dos entrevistados que responderam à pergunta (7,23%) participaram apenas uma vez de atividades de lazer. Os que participaram 2 vezes somam 2,41%. Os que responderam terem participado várias vezes foram 3,62%, que são os que responderam ter recorrido à televisão, à música ou à capela.

Foi observado que muitos pacientes realmente julgaram como sérias as atividades dos médicos do sorriso. Para eles, a visita dos “Clowns” faz parte do tratamento. Os médicos do sorriso visitam vários quartos durante a semana, e alguns pacientes relataram ter recebido a visita mais de uma vez. Há uma série de histórias contadas em que os pacientes os tratavam realmente como seus médicos, e faziam isso pelo bem estar que os Médicos do Sorriso proporcionam.

As opiniões sobre as atividades de lazer foram bastante positivas. Isso pode ser constatado no Gráfico 8:

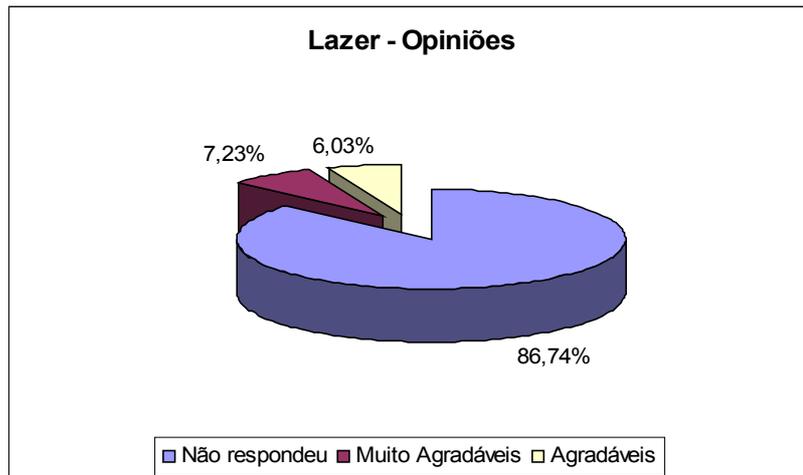


Gráfico 8: Opiniões dos Pacientes Quanto às Atividades de Lazer

Fonte: a autora

Apenas 13,26% dos clientes responderam a essa questão. Todos eles consideraram como muito agradáveis, ou agradáveis, as atividades de lazer e recreação oferecidas. Isso comprova a premissa de que os pacientes-clientes gostam de participar de atividades diferentes, que os façam esquecer que estão em um ambiente que não o de suas rotinas – ressaltado por Godoi (2004) e Taraboulsi (2003).

Quanto às sensações provocadas pelo lazer no Hospital Unimed, foram obtidas diferentes respostas, que são vistas no Gráfico 9:

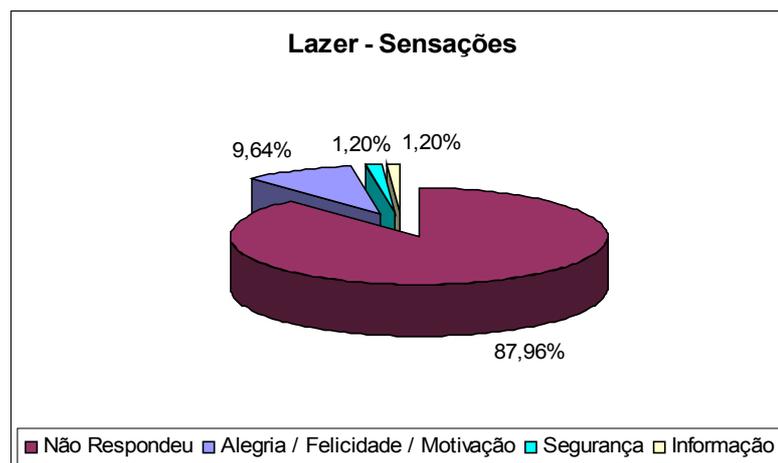


Gráfico 9: Sensações proporcionadas pelas atividades de lazer

Fonte: a autora

Uma minoria dos participantes se considerou informado depois da atividade. Este foi o paciente que respondeu usar a televisão como meio de diversão. Além disso, um paciente relatou sentir-se seguro após a visita dos Médicos do Sorriso, e isso é considerado como uma sensação diferente do que se está habituado a ouvir de um paciente. Quase 10% dos

entrevistados tiveram respostas similares, expondo suas sensações como sendo de felicidade, alegria, motivação para melhorar e descontração.

Para os responsáveis pelo lazer no Hospital Unimed, essas atividades são essenciais para a humanização. A doença exige muito do paciente e do acompanhante, da sua família. Toda rotina dessas pessoas, mesmo que elas não estejam no hospital, fica relacionada a essa doença. Essas atividades de acolhimento e distração, falar e ver coisas agradáveis contribuem positivamente.

O que foi destacado como deficiência da área no Hospital Unimed é a burocracia. Ela é necessária, mas às vezes a demora impede que muitos projetos sejam realizados. Foi identificado como um problema futuro a falta de espaço, pois o *solarium*, que é o espaço destinado ao lazer, terá que comportar diversas atividades.

Como ponto forte da área foi destacado a aceitação e o entendimento da importância dessas atividades por parte da administração. Não há resistência, nem dos colegas, nem dos médicos, ou da administração. As pessoas têm acreditado nas propostas. Há um sentimento geral do trabalho em equipe, pois se crê que assim o trabalho tem mais qualidade e resultados melhores. Isso, para os responsáveis, é a humanização. Está se formando essa cultura de humanização dentro do hospital. Há um estímulo por parte da administração do hospital para que novos projetos sejam realizados, justamente porque se vê a importância das atividades que proporcionam o lazer para as pessoas.

4.2 ALIMENTAÇÃO

A alimentação no Hospital Unimed é atribuição do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), que é a denominação que Boeger (2003) dá à área de alimentos e bebidas (A&B) dos hospitais. Já Taraboulsi (2003) considera como sendo essencial um departamento de A&B, trabalhando em conjunto com o serviço de nutrição e dietética. No Hospital Unimed isso não acontece, visto que não há estrutura suficiente para a existência dos dois. Todavia, há uma grande preocupação em oferecer serviços diferenciados aos pacientes. Isso foi observado nas rotinas do serviço.

Atualmente, o SND tem em seu quadro 25 funcionários, o que representa uma relação de 1 para cada 26 leitos do Hospital Unimed. Entre os funcionários há duas nutricionistas (responsáveis pela área), uma técnica em nutrição, quatro cozinheiras e uma auxiliar de nutrição. Dos cargos ressaltados por Powers e Barrows (2004), apenas um não está presente no setor, que é o de gerente de nutrição. As atividades desse cargo são de responsabilidade

das nutricionistas. O SND é subordinado à Gerência Operacional. As áreas envolvidas diretamente com o SND são os setores de compras e de manutenção e limpeza.

Dentre as atribuições do SND há dois enfoques, conforme constatado na observação e em entrevista com as responsáveis. Um deles é o funcionário do hospital, e o SND é quem cuida das suas refeições, do café e do chá oferecido em todos os setores do hospital, os *coffee breaks* de pequenos eventos internos (reuniões, treinamentos, qualificações). O outro enfoque é o paciente, e para ele são servidas as refeições e itens de consumo, além do esclarecimento de informações e troca de ingredientes ou de preparações conforme a preferência do cliente.

As práticas e procedimentos de higiene e de limpeza são seguidas conforme normas internas do hospital. Essas normas são baseadas em exigências da Anvisa. Há uma legislação específica para esses procedimentos (chamados de POPS). São realizadas visitas técnicas para confirmar o uso dessas práticas. Mas, além dessa legislação, cada empresa monta o seu manual. Algumas práticas e procedimentos são enumerados anteriormente, quando tratado da alimentação nos hospitais (ARRUDA, 1998; TRIGO, 1999)

O espaço ocupado pelo SND pode ser observado na Foto 5:

Foto 5: Serviço de Nutrição e Dietética

Fonte: a autora

Segundo os dados coletados na entrevista, são cinco as refeições servidas diariamente para o paciente. O café da manhã, o almoço, o lanche da tarde, o jantar e a ceia compõem essas cinco refeições. O paciente percebe essa frequência de refeições conforme pode ser observado no Gráfico 10:

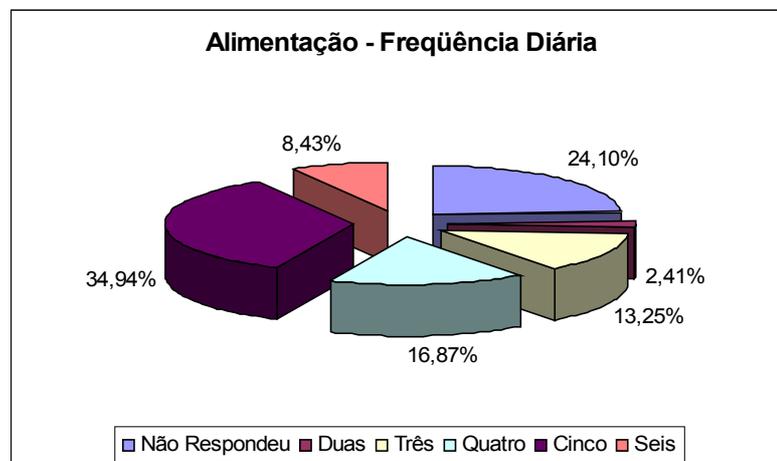


Gráfico 10: Frequência diária de refeições

Fonte: a autora

Nota-se que os pacientes que responderam que cinco refeições foram servidas no quarto correspondem à maioria das respostas (quase 35%). O segundo maior percentual de respostas (16,87%) indica um número de quatro refeições diárias. O que se observou é que muitos pacientes não consideram a ceia como uma refeição, já que, normalmente, é composta apenas de leite, ou frutas, alimentos bastante leves, como um complemento. Esse fenômeno se observa também com os pacientes que responderam ter apenas três refeições diárias (mais de 13%). Mesmo sendo perguntado a eles quantas vezes foram oferecidas, esses pacientes não consideram nem a ceia, nem o lanche como uma refeição – que, para eles, conforme observado, são apenas o café da manhã, o almoço e o jantar. Apenas 2,41% dos pacientes afirmaram ter recebido duas refeições no quarto. Já os pacientes que afirmaram fazer seis refeições diárias (8,43%), conforme observado, são aqueles que solicitam algum item de consumo através da enfermagem e são atendidos – como frutas, sorvetes, chocolates, entre outros. Também um caso especial foi observado: um paciente que fazia dieta líquida, o que exigia um número maior de refeições servidas.

Os serviços utilizados pelos pacientes podem ser de diversos tipos, conforme já foi observado nas considerações sobre os departamentos de hospedagem, baseadas em Boeger (2003) e Taraboulsi (2003). Especificamente no Hospital Unimed, há o serviço de *room service* para o paciente, e ainda uma cafeteria (lancheonete), e um refeitório. Na cafeteria (foto 14) é servido o café da manhã dos acompanhantes. Este é oferecido pelo hospital, conforme os dados coletados nas entrevistas, e é servido neste local devido às dificuldades de espaços e de fluxos que isso acarretaria no setor de nutrição e dietética. Também ali são servidas refeições para o público externo. Essas refeições são constituídas de lanches, salgados e doces, além de sopas e massas congeladas. A cafeteria (Foto 6) é terceirizada, e não possui estrutura para servir outro tipo de alimento que não os prontos ou congelados.



Foto 6: Cafeteria do Hospital Unimed

Fonte: Unimed Nordeste RS

O refeitório (Foto 7) é destinado aos funcionários e aos plantonistas. Não há condições de servir almoço, jantar ou lanches para o acompanhante, no refeitório, devido ao espaço e ao número de funcionários da área, mas, se um acompanhante de paciente pede para almoçar no refeitório, normalmente, é atendido. Ele conversa com a nutricionista, que já comunica ao setor a previsão de mais pessoas para a refeição. Isso acontece, principalmente, quando o paciente está internado há muito tempo, e então, o seu acompanhante “enjoa” da comida da cafeteria, buscando a alternativa de almoçar no refeitório.



Foto 7: Refeitório do Hospital Unimed

Fonte: a autora

Os resultados obtidos no questionário aplicado confirmam essas observações, conforme mostra o Gráfico 11:

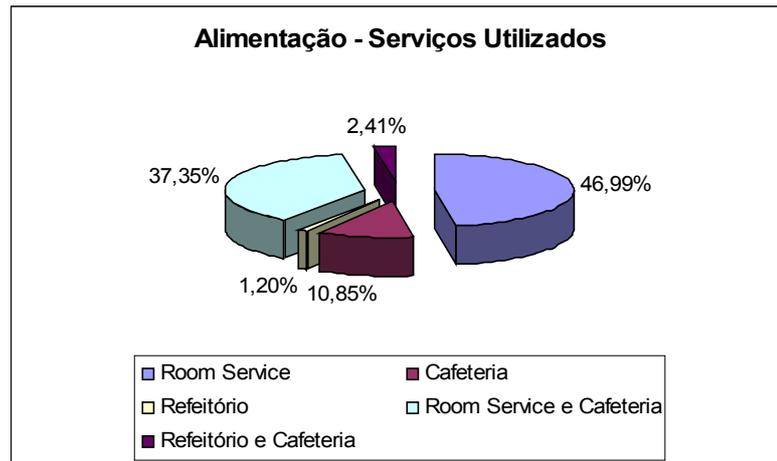


Gráfico 11: Serviços de alimentação utilizados pelos clientes

Fonte: a autora

Quase metade dos entrevistados respondeu ter utilizados exclusivamente o *room service* (alimentação no apartamento), e mais de 10% afirmaram utilizar apenas a cafeteria (provavelmente, esses, respondidos por acompanhantes). Um grande número de respostas se referiu aos que utilizaram dois tipos de serviço, principalmente de *room service* e cafeteria. Esses clientes foram os que, além de receber as refeições no apartamento, utilizaram a cafeteria para a compra de alimentos e de outros itens de consumo, e também consideraram seus acompanhantes na hora de responder. Um número muito pequeno de entrevistados utilizou o refeitório, e a combinação de refeitório e cafeteria – questionários respondidos, provavelmente, por acompanhantes.

A apresentação das refeições constitui um fator muito importante na alimentação em um hospital. Segundo Teichmann (2000), diversos elementos contribuem para que ela seja agradável, ou não, aos clientes. O Gráfico 12 mostra os resultados sobre a apresentação das refeições.

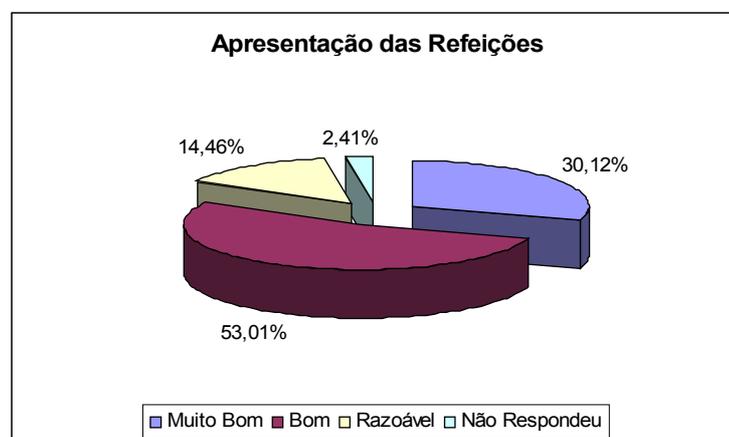


Gráfico 12: Apresentação das refeições

Fonte: a autora

Os clientes que consideram a apresentação das refeições de forma positiva (bom e muito bom) representam mais de 80% do total. Menos de 15% dos entrevistados consideraram a apresentação como razoável. Ninguém a considerou negativa (ruim ou muito ruim). Para as nutricionistas, o paciente tem vontade de experimentar a comida se a apresentação for agradável. Conforme ilustrado por elas em entrevista, as refeições são servidas em uma bandeja térmica, especialmente escolhida pela praticidade, beleza e funcionalidade. Essa bandeja é importada, visto que no Brasil não há nenhuma com a qualidade desta, da marca *Alladin*. Essa bandeja tem separações em porcelana, que passam pelo esterilizador, e de lá já saem quentes, prontos para receber o alimento. Apenas a salada é acondicionada em uma separação especial, fria, que é previamente esterilizada, e depois gelada. A bandeja pode ser vista na Foto 8:



Foto 8: Bandeja utilizada nas refeições

Fonte: a autora

As cores constituem um dos elementos importantes na composição de um cardápio, conforme ressaltado por Teichmann (2000). Os clientes no hospital percebem este item, conforme visto no Gráfico 13:

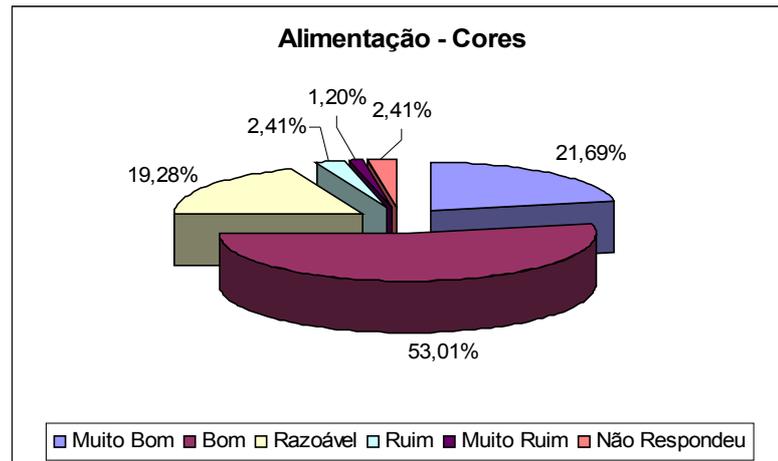


Gráfico 13: Cores na alimentação

Fonte: a autora

Confirmando a informação anterior sobre a apresentação dos pratos, mais de 70% dos entrevistados consideram as cores e suas misturas na alimentação como sendo positivas (bom e muito bom). Outro resultado significativo corresponde à apresentação razoável, conforme as cores de alimentos. Isso expressa que, para um número considerável de pessoas, esse item poderia ser modificado, de forma a se tornar mais interessante. Os que consideraram o tema de forma negativa foram apenas 3,61%, número pequeno, mas que mostra que o serviço de nutrição e dietética ainda deve buscar melhorias.

As responsáveis pelo serviço demonstram preocupação nesse sentido. Pensam que o bom uso das cores influencia positivamente no tratamento do cliente. Isso porque, com uma decoração diferente – seja apenas uma fruta, um legume colorido – o paciente vai ter vontade de comer, o que influi diretamente no seu tratamento.

Outro item importante descrito por Teichmann (2000) é quanto à forma. Os cortes e formatos dos alimentos também são considerados, pois despertam o desejo, e muitas vezes, facilitam o ato de comer. Para os clientes do Hospital Unimed, esse fator pode ser descrito, geralmente, de forma positiva, como visualizado no Gráfico 14:

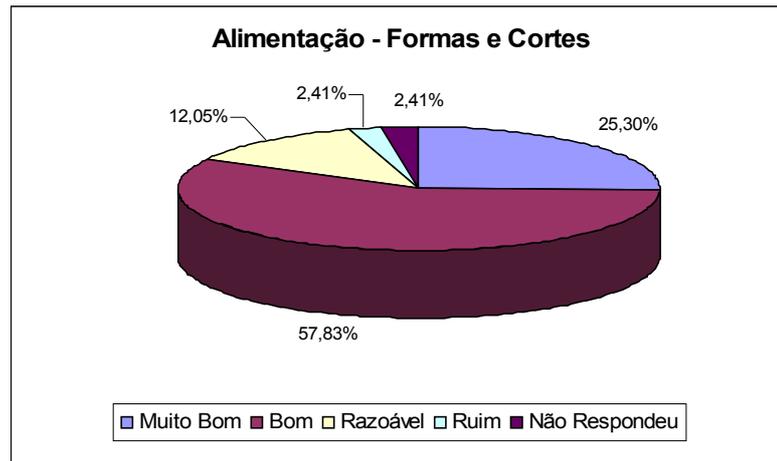


Gráfico 14: Formas na alimentação

Fonte: a autora

Novamente aqui se confirma que a apresentação é vista de forma positiva. Mais de 80% dos entrevistados consideram esse item como sendo bom ou muito bom. A resposta razoável aparece como responsável por 12,05% dos dados obtidos. Apenas 2,41% responderam como sendo ruins os formatos dos alimentos. Conforme as nutricionistas, esse é um item pouco observado, já que, para o setor, há outros mais importantes. O hospital deve estar atento a esses dados, visto que ainda podem ser melhorados os cortes e formas dos alimentos, para ser reduzido o número de pacientes que considerem negativamente a questão de cortes e formatos dos alimentos.

Considerando o sabor dos alimentos que, segundo Teichmann (2000), devem ser destacados, sem ser repetidos na mesma refeição, obtiveram-se, novamente, resultados positivos a confirmar a boa apresentação das refeições (Gráfico 15).

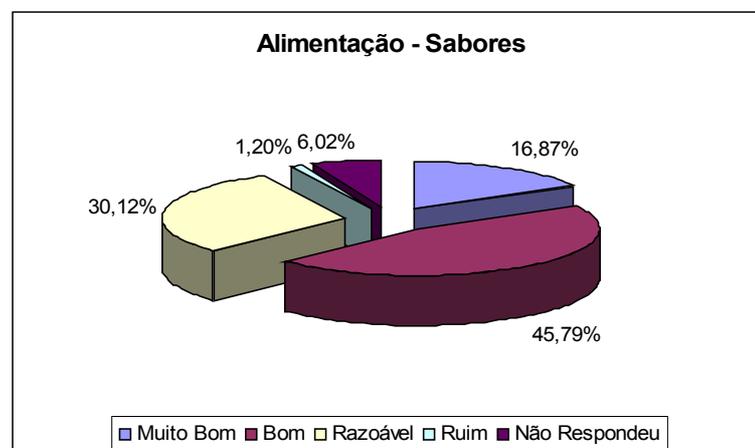


Gráfico 15: Sabores na alimentação

Fonte: a autora

Mais de 60% dos clientes consideram o sabor dos alimentos como bom ou muito bom. Mas há um grande número de respostas que indicam como sendo de forma razoável, e, apesar de apenas 1,20% pensarem ser ruim, é válido que o hospital dê maior atenção a este elemento. Para as nutricionistas, o fato de haver uma separação entre todos os alimentos servidos (nos “potes” de porcelana) é positivo, já que o cliente pode misturar, ou não, da forma que desejar. Assim, o sabor de um alimento não é comprometido pelo de outro. Como foi observado, é trabalhoso preparar alimentos no hospital, já que há grande restrição no uso de condimentos e temperos, e de certos ingredientes, o que, muitas vezes, dificulta em servir uma refeição mais saborosa ao paciente. Já na cafeteria, visto que não há uma estrutura montada para o preparo de refeições que não as congeladas, o sabor é comprometido. Muitos clientes reclamam da falta de opções e do fato de a comida congelada não ser tão saborosa quanto a que é preparada na hora. E, realmente, para a cafeteria, é muito difícil fazer de forma diferente, já que o local é pequeno, e carece de estrutura para preparar alimentos de forma “caseira”.

Teichmann (2000) considera as texturas dos alimentos como um fator a ser analisado nos cardápios. Ainda confirmando a boa aceitação dos clientes no que diz respeito à apresentação dos alimentos, as respostas sobre esse fator são vistas no Gráfico 16.

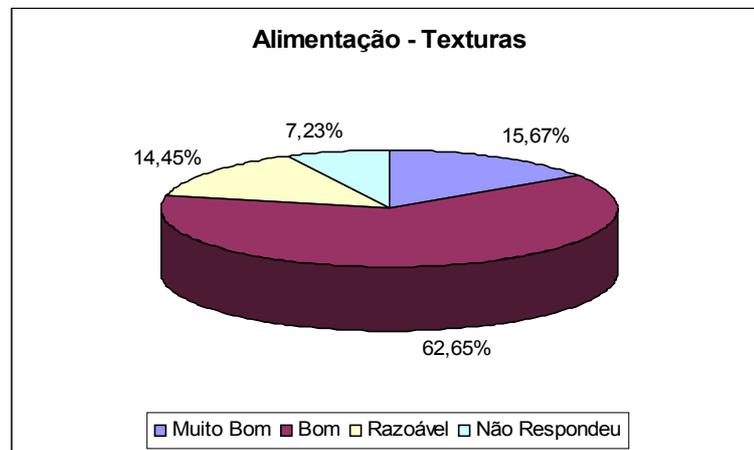


Gráfico 16: Texturas na alimentação

Fonte: a autora

A grande maioria (62,65%) dos pacientes considerou boas as texturas oferecidas nas refeições e suas combinações. E os que consideraram muito boas somam 15,67%. Isso mostra que quase mais de 78% dos clientes consideram-na positiva. Os 14,45% correspondentes aos que pensam ser esse fator apenas razoável demonstram uma necessidade de atenção e, talvez, mudanças para que os clientes não apenas notem a diversidade e adequação das texturas, mas também fiquem satisfeitos com isso. Na entrevista falou-se em diferentes texturas oferecidas e

na sua importância. Para a comida não ficar “seca”, se misturam diferentes preparações, como o arroz e o feijão. Também a carne oferecida, se não tiver molho, deve ser oferecida com uma guarnição mais “molhada”. Também há a preocupação de oferecer uma comida com misturas de texturas porque no tempo que se leva para servir, os alimentos “secam”, e tudo pode se tornar da mesma textura e consistência, o que não é agradável ao paladar.

Mesmo sendo em um hospital, a comida deve ter gosto. Isso influencia diretamente no tratamento do paciente, que deve comer para que seu organismo esteja bem nutrido, e preparado para enfrentar as patologias. Portanto, o tempero é muito importante, conforme destacado por Teichmann (2000). Há uma preocupação especial quanto ao tempero dos alimentos no Hospital Unimed. E essa preocupação, conforme se pode constatar, está surtindo efeito (Gráfico 17).

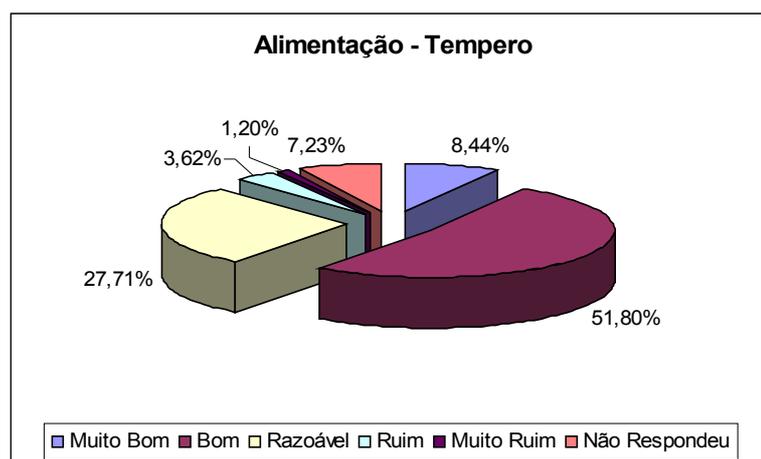


Gráfico 17: Tempero na alimentação

Fonte: a autora

Mais de 60% dos clientes elogiou o tempero da comida oferecida. Isso é considerado um bom resultado, já que há uma série de restrições quanto ao sal, ao açúcar, e uma série de outros condimentos. As respostas considerando o fator como negativo (ruim e muito ruim) correspondem a 4,82% da amostra, e as que consideram o tempero razoável, 27,71%. Foi constatado – através das entrevistas – que são utilizados temperos naturais na comida, como as ervas e os legumes. E, para o paciente com restrição de sal, junto à bandeja encontra-se o sal, na quantidade que ele pode comer, o utilizando como preferir. Nesse aspecto, melhorias são bem vindas, mesmo que a área de nutrição e dietética deva seguir uma série de regras de alimentação. Com uma maior e melhor utilização de temperos alternativos pode-se conseguir

uma diminuição dos resultados negativos, e também das respostas que consideram razoável esse aspecto na comida oferecida pelo hospital.

A temperatura das refeições servidas no Hospital Unimed constitui um dos aspectos menos positivos na alimentação. Indagados sobre ela, os pacientes se mostraram mais insatisfeitos que em outros aspectos, como se pode observar no Gráfico 18:

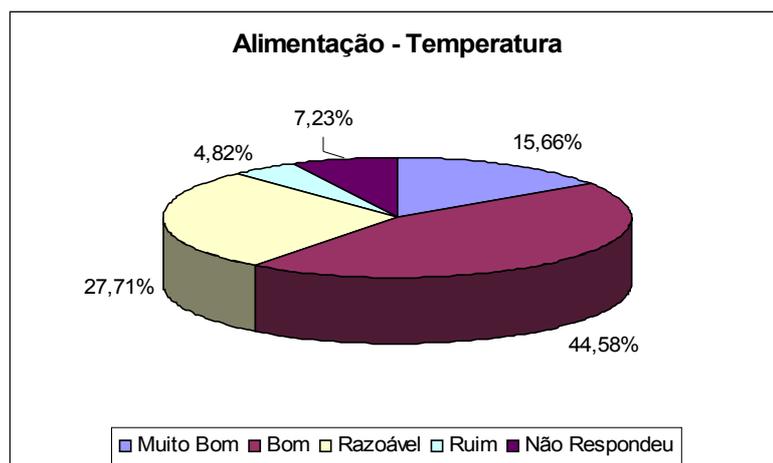


Gráfico 18: Temperatura na alimentação

Fonte: a autora

Ainda assim, mais de 60% dos entrevistados responderam positivamente (bom ou muito bom) à pergunta sobre as impressões quanto à temperatura da comida. Novamente há um número de 27,71% de pessoas que consideram como razoável esse aspecto, e 4,82% de pessoas que o consideram ruim. Foi observada uma reclamação quanto a temperatura da comida no sentido de que esta chegaria morna, ou fria, ao paciente. O que se constatou nas entrevistas foi uma grande preocupação com a temperatura, mas há uma demora em servir as refeições, e assim, a bandeja perde calor (na montagem, no transporte, e também na demora do paciente em começar a refeição). O tempo para servir a refeição é de 20 minutos. Após esse período, a comida começa a se tornar mais fria. Mesmo com corredores e quartos aquecidos esse é o tempo que a bandeja “segura” a temperatura quente dos alimentos. Se o paciente demora a comer, os alimentos esfriam. O ideal seria servir a refeição no horário em que o paciente vai se alimentar, o que muitas vezes não é possível por uma questão de estrutura. Esse é um aspecto que, segundo observado, deveria ser revisado e melhorado.

Quanto aos outros aspectos citados por Teichmann (2000), como as composições básicas de um cardápio, as nutricionistas demonstram uma preocupação para com eles. Os ingredientes e as formas de preparo podem ser grandes aliados na variação de cardápios, e até

no atendimento das preferências dos clientes. Apesar disso, em algumas preparações enfrentam resistência, mesmo oferecendo uma excelente apresentação. Isso é observado como sendo uma característica do público do hospital. O que se faz é observar os alimentos mais aceitos e pedidos, e mudar a forma de preparo, para oferecer maior variedade.

A respeito da viabilidade – consideração sobre os fatores restritivos – pode-se dizer que ela é controlada. Não apenas pela preferência, mas por restrições (intolerâncias ou patologias), muitas vezes a equipe detecta a necessidade da compra de certos insumos que implicam custos extras. Os cardápios são planejados também conforme o custo, mas o hospital tem previsão de extras, e trabalha com as exceções – segundo relatado, inclusive, na entrevista.

Sobre o conhecimento de preparações básicas e a nomenclatura clássica pode-se dizer que há uma preocupação maior em esclarecer aos clientes como será o cardápio a ser servido. Procura-se utilizar termos mais simples para um bom entendimento por parte do público. Se uma receita clássica é preparada, no cardápio não há a nomenclatura correta, mas sim, o que compõe a comida – como exemplo foi dado o *Yakisoba*, massa chinesa, que para os pacientes é oferecido como sendo massa com legumes. Mas, se um paciente tem uma preferência, e pede uma determinada receita clássica, há um cuidado de se procurar como ela é feita.

As preferências do cliente, no Hospital Unimed, são consideradas muito importantes. O paciente precisa de alimentação adequada, e cada pessoa é diferente nos seus hábitos e preferências. Se os alimentos oferecidos não agradam ao paciente, ele não é nutrido da forma como deveria, porque não come o que oferecem. Se as preferências são respeitadas, a comida não é recusada. Assim, o paciente se alimenta bem, e, conseqüentemente, permanece por menos tempo no hospital. Se ele não gostou da comida, o SND providencia outra refeição, preparada conforme seu gosto. Para as nutricionistas, isso é feito com prazer, mas sem esquecer que devem ser respeitadas eventuais limitações (patologias, intolerâncias). As nutricionistas costumam visitar os quartos, perguntando sobre as preferências dos pacientes. E, assim, elaboram um cardápio adequado ao seu gosto. Foi citado que muitos pedem itens que não podem ser oferecidos (como é o caso dos refrigerantes, salgados e doces), mas sempre é esclarecido o porquê do não oferecimento destes. As nutricionistas, na entrevista, mostraram um exemplo de sucesso na adaptação de um desejo de cliente. Ele queria comer um *cheese burger*, e a equipe conseguiu adaptar de forma que fosse saudável, que não prejudicasse o tratamento. Assim, o paciente ficou surpreso e agradecido. O atendimento às preferências do cliente é muito comentado por autores como Boeger (2003), Taraboulsi (2003), Godoy (2004), Walker (2002), Powers e Barrows (2003), entre outros já citados.

Os cardápios variam de diferentes formas para pacientes e funcionários. Apesar disso, eles estão ligados diretamente, pois o cardápio dos pacientes é derivado do cardápio dos funcionários, visto o aproveitamento de estrutura para se fazer dessa forma.

Para os pacientes, a refeição é composta de seis tipos de alimentos: a salada, o arroz, o feijão, a carne e a guarnição e a sobremesa. Já tentou se trocar o arroz e o feijão por sopas ou massas, mas o público não aceita. Houve muita reclamação, o que levou à equipe a servir sempre esses dois alimentos. É oferecida água, mas se o paciente quiser, pode-se trocar por suco. Para evitar que o paciente coma alimentos não saudáveis, ou não permitidos trazidos de fora do local, sempre são oferecidas alternativas diferentes, como pizzas, cucas, bolos, pães. Mas, ele pode optar por não comer isso, e sim frutas, iogurtes, entre outros. Sempre se procura oferecer algumas alternativas, para que o cliente coma algo que realmente gosta e tem vontade de comer. Também se podem solicitar alguns itens de consumo – como sorvete, sucos, iogurtes, leite, café, chás, achocolatados, entre outros. O cardápio dos pacientes tem um ciclo de 30 dias. Há pacientes que ficam internados por bastante tempo, então é importante variar os alimentos. A importância do planejamento de menus é destacada por Davies (2001).

O cardápio dos funcionários tem um ciclo de três meses. Sempre são servidos três tipos de saladas, arroz, feijão (ou lentilha, ou sopa), carne, e mais duas guarnições. É oferecido suco ou água. Há uma preocupação com os produtos de época, geralmente mais baratos e fáceis de encontrar. Também a decoração é um fator de grande importância. Sendo servido em *buffet*, é mais fácil de decorar, colocar itens coloridos, e inclusive as informações nutricionais dos pratos.

Informações nutricionais ou sobre dietas podem ser solicitadas, mesmo não sendo uma prática frequente entre os clientes. O que acontece muito é a orientação quanto a dietas especiais que devem ser seguidas em casa. Quando acontece de um paciente precisar seguir uma dieta depois da alta hospitalar, há uma orientação por parte das nutricionistas, e o paciente leva a dieta, por escrito, para casa. Observa-se que há grande interesse por parte dos acompanhantes, já que muitos deles cuidarão da dieta do paciente dali em diante.

O SND é uma área vital no funcionamento do hospital, e isso é sentido por todos os colaboradores. Sabe-se a importância que tem a alimentação na cura e no bem estar dos clientes. O que foi ressaltado pelas responsáveis pela área é que há uma série de opções no oferecimento de serviços, e que é crucial dentro do processo da melhora de quem está doente, debilitado. Foi destacado que, em um hospital, há a “invasão” – por meio de medicamentos, agulhas, cirurgias, etc. – mas a alimentação é o momento do agrado.

A área de alimentação pode contar com um serviço terceirizado, que é a cafeteria, existente no primeiro andar do hospital, anexa à recepção. É o local onde os acompanhantes, normalmente, fazem suas refeições, e também os pacientes sem restrição alimentar podem usufruir deste serviço. Mas estes serviços terceirizados poderiam ser ampliados. A existência de mais opções de alimentação é um campo que pode ser trabalhado, visando a satisfação de uma necessidade do cliente. A orientação pós-internação é outro serviço que poderia ser feito por terceiros, funcionando como uma espécie de pós-venda do hospital no que diz respeito à alimentação. Dessa forma, não apenas se prestaria um serviço ao cliente, mas também seria de grande valia para a avaliação interna do SND. Serviços terceirizados de alimentação constituem investimentos que podem trazer retorno positivo. Mas também podem trazer aumento de receitas, além de satisfazer os clientes e até superar as suas expectativas.

A maior deficiência, neste momento, no SND do Hospital Unimed é a restrição nos serviços, causada pela falta de estrutura e de recursos humanos. Se houvessem mais funcionários trabalhando, o setor seria mais organizado e ágil. O problema de atendimento deriva disso. Para ser sanado, podem-se fazer mais contratações. Quanto à estrutura, mudanças devem ser estudadas, a fim de evitar problemas de ineficácia.

Sobre os pontos positivos – citados em entrevista e observados – pode-se destacar a alta qualidade da comida. Os alimentos utilizados são sempre frescos. Os fornecedores de ingredientes são conhecidos pelas boas características de seus produtos. Quanto aos equipamentos utilizados na preparação das refeições, todos são novos e possuem tecnologia de ponta. A equipe, comprometida, procura sempre fazer o máximo que pode pelo cliente. Inclusive, conforme observado, na pesquisa de satisfação há poucas reclamações quanto ao SND. Mas, se há alguma reclamação, as pessoas se esforçam para resolver a questão, sem se importar se foi apenas uma ou se foram várias reclamações, pois se uma pessoa não está contente, então o grupo não atingiu seu objetivo. Para as nutricionistas responsáveis pelo SND, o grande diferencial da área é que se busca constantemente agradar o paciente-cliente. O que se faz não é apenas oferecer o padrão, mas sim, ir além do que se tem, oferecer serviços personalizados, e o Hospital Unimed dá o apoio necessário para proporcionar isso aos seus clientes.

4.3 ARQUITETURA

O Hospital Unimed foi idealizado pelo plano de saúde Unimed Nordeste RS como uma solução no atendimento de seus usuários. O seu projeto arquitetônico foi definido por

uma equipe de arquitetura, do escritório de Arquitetura Privilegiatta, de Porto Alegre (RS). A execução da obra foi realizada e acompanhada por um engenheiro civil, que até hoje trabalha no hospital como engenheiro de manutenção.

A terceira variável a ser analisada neste trabalho é a arquitetura hospitalar. No Hospital Unimed, a nomenclatura dada a este setor é Engenharia Hospitalar. Trabalhando nele, atualmente, existem dez funcionários, sendo que um é o engenheiro responsável – engenheiro de manutenção. Subordinados a ele há três técnicos em manutenção, quatro operadores de caldeiras, um jardineiro e um auxiliar administrativo. O engenheiro de manutenção está subordinado à gerência operacional. Há mais um engenheiro no hospital, que é o Clínico, mas que cuida de outra área, já que a engenharia é subdividida. O engenheiro clínico é responsável pelos equipamentos do hospital, então, não será considerado para efeitos de análise dos assuntos pesquisados dentro da arquitetura hospitalar. As áreas envolvidas com a engenharia são aquelas ligadas à manutenção da estrutura predial, e também a parte de apoio. São esses o Serviço de Nutrição e Dietética, a Higienização, o Centro de Materiais e o Centro de Esterilização de Materiais. Outras áreas acabam sendo ligadas em função de equipamentos, como o ar condicionado, a iluminação, as instalações elétricas e hidráulicas.

O Hospital Unimed foi construído, segundo relatado em entrevista, para contemplar a alta complexidade. Isso corresponde à realização de procedimentos mais “complicados”, como cirurgias de maior porte, internação em Unidades de Tratamento intensivo (UTI), e outros, que exigem uma infra-estrutura mais completa.

Há 105 leitos de internação no hospital, voltados para o atendimento de pacientes adultos. Na UTI há dez leitos. Está projetada a existência de mais oito leitos de UTI neonatal, que ainda não foi montada em função de questões administrativas da Unimed – ainda está em fase de estudo se este espaço será transformado em mais leitos de internação de adultos. Os leitos são individualizados, sendo que dois desses são para isolamento – com diferença no ar, na pressão e outros cuidados, em virtude da possibilidade de contaminação. As demais áreas da UTI seguem normas de construção: há uma série de áreas especiais de apoio, como a copa, a farmácia, sala administrativa, depósitos de materiais e equipamentos e de materiais de limpeza, sala de utilidades, entre outros. O leito da UTI pode ser visualizado na Foto 9:



Foto 9: Leito de UTI do Hospital Unimed

Fonte: Unimed Nordeste RS

No bloco cirúrgico há seis salas de cirurgia multifuncionais. Dependendo do porte da cirurgia, usa-se uma sala maior ou menor, embora todas elas tenham instalações compatíveis com qualquer tipo de cirurgia. Dessas seis salas, duas haviam sido projetadas para atender à obstetrícia, em conjunto com o Centro Obstétrico, o berçário e a UTI neonatal. A sala de recuperação pós-anestésica – que é a ligação do bloco cirúrgico com o corredor principal de acesso à internação – possui 14 leitos. Esse fluxo é de pacientes que passaram por cirurgia: do bloco cirúrgico passam pela sala de recuperação, e dela para a internação. A sala pode ser vista na Foto 10:



Foto 10: Sala de Recuperação Pós-anestésica

Fonte: Unimed Nordeste RS

O Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) possui uma sala de tomografia, uma sala de Raios X, três salas de ecografia, uma área de endoscopia – composta de sala e sala de recuperação de endoscopia, que são separadas do resto do CDI. Também há depósitos de material de limpeza e sala para utilidades, que existem pelas exigências de projeto.

A Emergência era, no projeto original, um Pronto-Atendimento – a Unimed optou por ter o seu Pronto-Atendimento no centro da cidade, então essa área foi transformada em Unidade de Emergência. Nela há capacidade de atendimento de duas pessoas, com mais oito leitos de observação, sendo um deles de isolamento também.

A ventilação e o ar condicionado seguiram normas técnicas. As áreas que não são ventiladas naturalmente têm ventilação forçada. Quanto ao ar condicionado, ele é central, controlado por há uma central de climatização. Há o ar condicionado individual, por apartamento. Em cada unidade de internação há um equipamento que gera ar só para aquela unidade. Cada um tem seu termostato, controlado com facilidade. Assim, há poucas reclamações por parte do usuário, pois ele tem total controle da temperatura do apartamento. E as reclamações normalmente são geradas porque não há uma adaptação do usuário ao equipamento, o que se resolve facilmente com a explicação do funcionamento do equipamento. Já as caldeiras têm duas funções: produzir água quente, para calefação e consumo, e também a produção de vapor, utilizado no Centro de Materiais. São centrais, e a distribuição da água é feita através das instalações hidráulicas.

Os materiais e os revestimentos utilizados na construção não apenas seguiram as normas para a construção de hospitais, mas se pensou em oferecer mais que isso, para que se pudesse proporcionar bem-estar e funcionalidade de atendimento. A primeira preocupação nesse sentido era, realmente, atender às normas do Ministério da Saúde, da Vigilância Sanitária, de todos os órgãos reguladores na área. A segunda era proporcionar bem-estar aos usuários, aos colaboradores e aos médicos. Quem trabalha no hospital precisa trabalhar em um ambiente agradável, pois assim conseguem atender melhor aos pacientes. Outra preocupação foi com a funcionalidade: facilidade de limpeza, de manutenção, entre outros. E a preocupação final diz respeito à durabilidade dos materiais. Dessa forma, houve a opção por materiais mais duráveis, às vezes mais onerosos para a obra, mas que compensavam pelo fato de terem qualidade superior. Muitas áreas que poderiam ter pavimento cerâmico simples foram revestidas em granito. Quanto ao piso vinílico, utilizado em todas as áreas de atendimento ao paciente, foi colocado um mais resistente, melhor. As áreas de circulação e espera têm piso de granito. Áreas de cerâmica ficam no subsolo, nos banheiros e depósitos de material de limpeza e salas de máquina. Mesmo assim, foi escolhido um revestimento de qualidade superior.

O prédio é composto por quatro pavimentos. No subsolo ficam as áreas de serviço. É um pavimento de apoio, onde funciona a manutenção, a cozinha (o SND), o Centro de Material Esterilizado, o laboratório, o setor de saúde ocupacional, o setor de compras, o

almoxarifado, o setor de resíduos, a lavanderia – que ainda não está instalada, mas existe a área prevista. Por enquanto é um serviço terceirizado.

No pavimento térreo se encontram todas as áreas de atendimento do hospital. Isso inclui a área de emergência, a UTI, o bloco cirúrgico, o CDI, a recepção. No segundo andar ficam todas as áreas administrativas, o espaço médico, o auditório, uma sala de treinamento e o Serviço de Arquivo Médico (SAM). No terceiro pavimento há o mini-auditório, uma sala para o Conselho Gestor e uma sala de comissões – onde as comissões do hospital fazem reuniões. É um pavimento menor que os outros, que foi criado por uma facilidade que se mostrou no projeto, em função do heliponto, que se localiza acima desse pavimento. Embaixo da laje do heliponto foram erguidas as paredes e o local foi fechado, o que resultou em uma nova área. Esse pavimento é exatamente do tamanho do heliponto.

A Internação funciona como um prédio anexo. É ligado ao corpo do hospital através de um corredor. Cada pavimento é dividido em três alas. Na unidade Sul 1, fica a USI. A Sul 2 é composta por quartos privativos. Nas alas Oeste 1 e 2, e Leste 1 e 2 ficam os apartamentos semi-privativos e privativos. No total, são seis alas de internação. O hospital já está utilizando a capacidade máxima no setor de internação.

Um dos fatores importantes no bem-estar de um paciente-cliente internado em um hospital é a cor. Conforme revisado por Boeger (2003) e Teodoro (2005), essa questão deve ser amplamente discutida em projetos arquitetônicos de hospitais, já que elas influenciam as pessoas, positiva ou negativamente, estimulando, alegrando, deprimindo, entristecendo, entre outras sensações. Para os pacientes-clientes entrevistados, há considerações a fazer sobre as cores dos apartamentos (Gráfico 19).

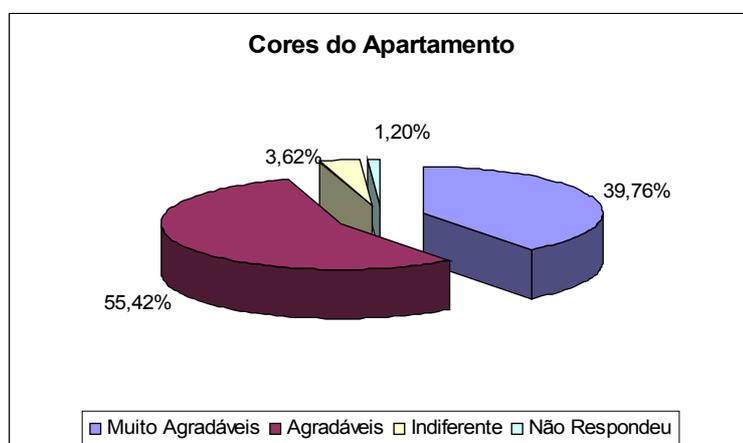


Gráfico 19: Opiniões sobre as cores do apartamento

Fonte: a autora

Apenas 3,62% dos entrevistados se sentem indiferentes em relação à cor do apartamento. Isso comprova a teoria anteriormente citada. Não houve resposta em que o entrevistado se sentisse incomodado em relação às cores utilizadas (ruim ou muito ruim). Para 55,42% deles as cores são agradáveis, e para 39,76% são muito agradáveis, o que corresponde a mais de 90% de aceitação. Quanto aos corredores, pode-se observar a similaridade nas respostas (Gráfico 20).

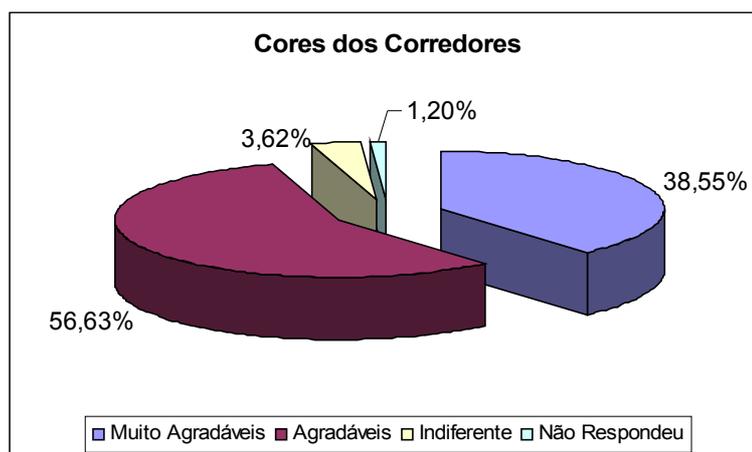


Gráfico 20: Opiniões sobre as cores dos corredores

Fonte: a autora

Nota-se a mesma quantidade de pessoas que responderam ser indiferentes às cores dos corredores. Já as que as consideram agradáveis (56,63%) e muito agradáveis (38,55%) correspondem a mais de 90% dos pacientes, mantendo a proporcionalidade da questão analisada anteriormente.

A questão do uso das cores foi amplamente discutida no projeto do hospital. Elas foram definidas pelo arquiteto, que contou com a assessoria de um cromoterapeuta, para que as cores interferissem no ânimo, na saúde, no bem estar. Cada setor tem uma cor diferente, conforme as suas necessidades. As salas do bloco cirúrgico são azuis. Os quartos de internação são de cor de marfim e verde (conforme mostrado na Foto 11). Os leitos de UTI são de cor salmão. A área administrativa, as circulações e as salas de espera são de cor de marfim.



Foto 11: Quarto Semi-privativo do Hospital Unimed

Fonte: Unimed Nordeste RS

Todas as áreas possuem “toques” de cores quentes e alegres, como o verde, o laranja e o amarelo (em poltronas, faixas na parede, em placas, entre outros detalhes). Isso pode ser visto na Foto 12. O estudo das cores foi realizado para que elas ficassem dispostas de forma harmoniosa. Deveriam ser suaves e complementares, de forma a dar, para cada área, uma situação de benefício, sem deixar de passar a sensação de unidade.



Foto 12: Sala de espera do setor de internação – Térreo

Fonte: a autora

Outra questão analisada em projeto buscando o máximo de aproveitamento e aceitação foi a iluminação. Boeger (2003) cita a iluminação como sendo um importante fator de bem estar. Também é possível dizer que esta facilita os trabalhos, proporciona sensações de conforto e bem estar, provoca emoções, determina o “ritmo” humano, e até aquece ambientes - verificado em <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp> e em Boeger (2003). Isto é percebido pelos pacientes de forma extremamente positiva, conforme visto no Gráfico 21:

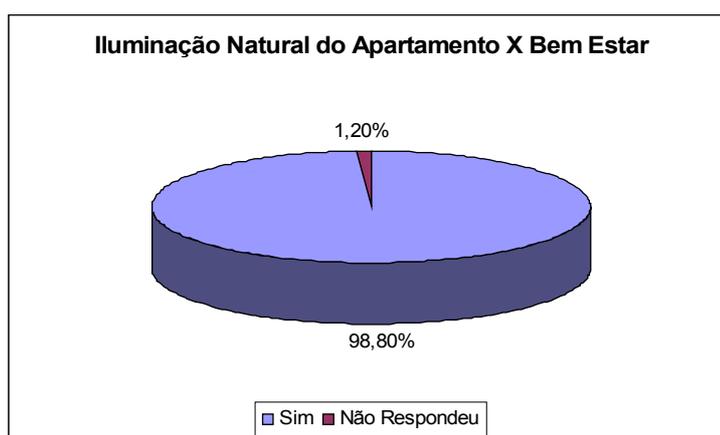


Gráfico 21: Bem estar proporcionado pela iluminação natural do apartamento

Fonte: a autora

Para quase 100% dos entrevistados o fato de haver boa iluminação natural nos apartamentos influenciou positivamente no seu bem estar. Conforme foi observado, há uma grande janela no apartamento (em todos eles, inclusive nas unidades de internação da UTI e da USI), o que proporciona beleza e iluminação. Assim, pode-se saber se é dia ou noite, de está chovendo ou faz sol, e mesmo o que acontece fora do hospital. A iluminação dos corredores também foi considerada (Gráfico 22).

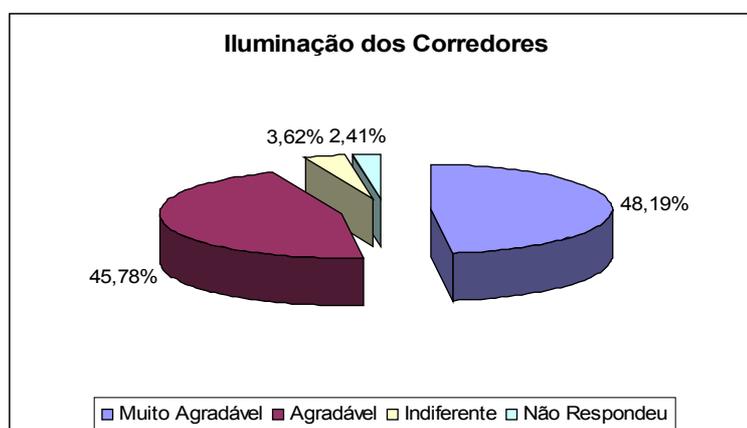


Gráfico 22: Opiniões sobre a iluminação dos corredores

Fonte: a autora

Apenas 3,62% dos entrevistados se sentiram indiferentes à iluminação dos corredores. Os que a consideram agradável correspondem a 45,78% dos entrevistados, e os que responderam como sendo muito agradável são 48,19% deles, então, mais de 90% deles tem um conceito positivo relacionado à iluminação natural do hospital.

Segundo as informações coletadas em entrevista, a iluminação natural contempla algumas áreas com iluminação zenital – que é uma clarabóia no teto, fechada com vidro. Nas outras áreas se procurou o máximo de utilização de iluminação natural, e em função disso há dois fossos de luz no interior do hospital, para iluminar os corredores sem necessidade de muita luz artificial ligada durante todo o dia. A questão da luz natural foi concebida por, principalmente, dois fatores. Um deles é a saúde, o bem-estar do paciente. O outro é o fator econômico, pois o melhor é que um hospital seja viável economicamente. Esses dois fatores em conjunto acabaram definindo uma área de iluminação natural bastante grande.

Quanto à iluminação artificial se observaram as respostas conferidas no Gráfico 23.

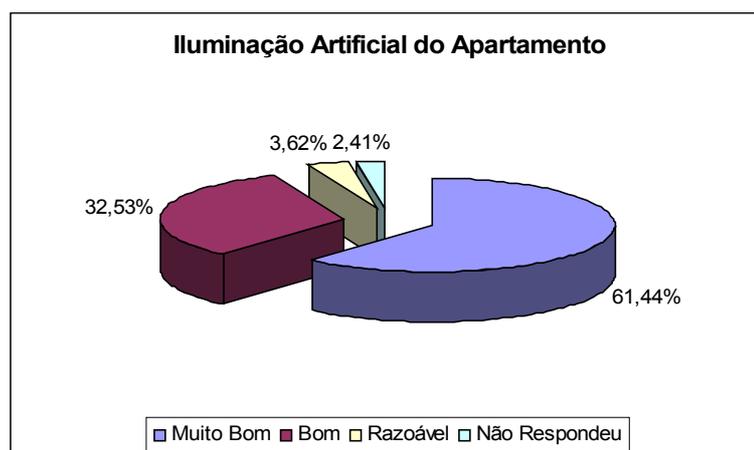


Gráfico 23: Opiniões sobre a iluminação artificial do apartamento

Fonte: a autora

A iluminação artificial do apartamento foi considerada muito boa para 61,44% dos entrevistados, e boa para 32,53%. A soma dessas respostas soma mais de 90%, o que indica uma excelente aceitação por parte do público. Para apenas 3,62% dos pacientes ela foi considerada razoável, e ninguém respondeu como sendo ruim ou muito ruim.

Na entrevista, o engenheiro responsável relatou que a iluminação seguiu um projeto bastante racional. Muito foi estudado sobre o aproveitamento de luminárias, em função de rendimento. Isso porque muitas vezes em um local se tem uma determinada potência de lâmpadas, e a luminária utilizada não consegue render o necessário. Segundo entrevista realizada com o engenheiro responsável, no hospital pode-se contar com as melhores

luminárias do mercado, que possuem o rendimento mais eficiente. Todas possuem reatores eletrônicos, que correspondem à tecnologia de ponta.

Conforme já observado, a iluminação provoca sensações e emoções, e influencia os pacientes-clientes positiva ou negativamente. Essa questão também foi considerada para o estudo da arquitetura hospitalar (Gráfico 24).

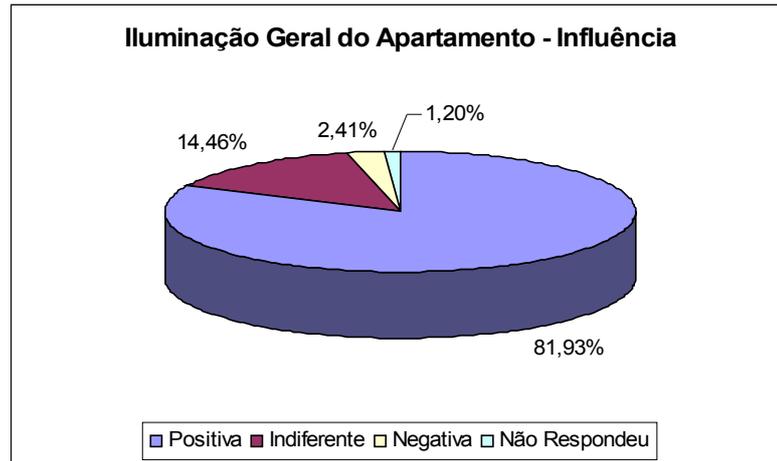


Gráfico 24: A influência da iluminação do apartamento para o cliente

Fonte: a autora

Foi observado que quase 82% dos entrevistados consideraram a influência da iluminação do apartamento, tanto natural como artificial, como sendo positiva. Os que a consideraram indiferente são 14,46%. Apenas 2,41% consideraram a iluminação como influência negativa, o que pode ser um motivo para pesquisa. Seria interessante descobrir o que faz com que isso seja dessa forma. O que se pode concluir, pela resposta da maioria dos entrevistados, é que a iluminação do hospital está adequada, visto que está ligada ao bem estar e a saúde dos clientes.

A entrada dos pacientes também foi considerada, visto que na recepção há grandes janelas. Estas têm o objetivo de proporcionar luz natural ao local. As respostas dos pacientes sobre esse aspecto são mostradas no Gráfico 25:



Gráfico 25: Entrada de pacientes no Hospital Unimed

Fonte: a autora

Observa-se que mais de 80% dos pacientes entraram pela recepção e, em assim, tiveram a oportunidade de ver essas janelas. O ambiente é mostrado na Foto 13:



Foto 13: Recepção do Hospital Unimed – antes da inauguração

Fonte: a autora

A opinião dos clientes quanto a essas grandes janelas – que proporcionam a entrada de boa quantidade de luz natural – pode ser conferida no Gráfico 26.

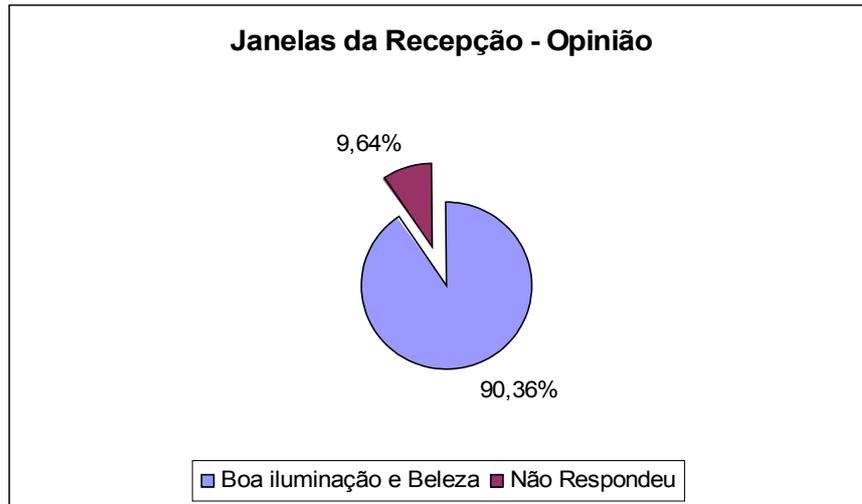


Gráfico 26: Opiniões sobre as janelas da recepção do Hospital Unimed
 Fonte: a autora

Todos os clientes que responderam a essa questão consideraram que as referidas janelas proporcionam boa iluminação e beleza ao local. A luz natural ressalta as cores, causa bem estar e ainda proporciona ao hospital uma considerável economia de luz.

A existência de jardins nos hospitais é vista como uma excelente possibilidade de integração da natureza ao ambiente hospitalar. Isso é afirmado por Godoi (2004) e Boeger (2003). Sendo assim, houve a necessidade de conhecer as reações do público quanto a esse aspecto. As respostas obtidas são mostradas no Gráfico 27.

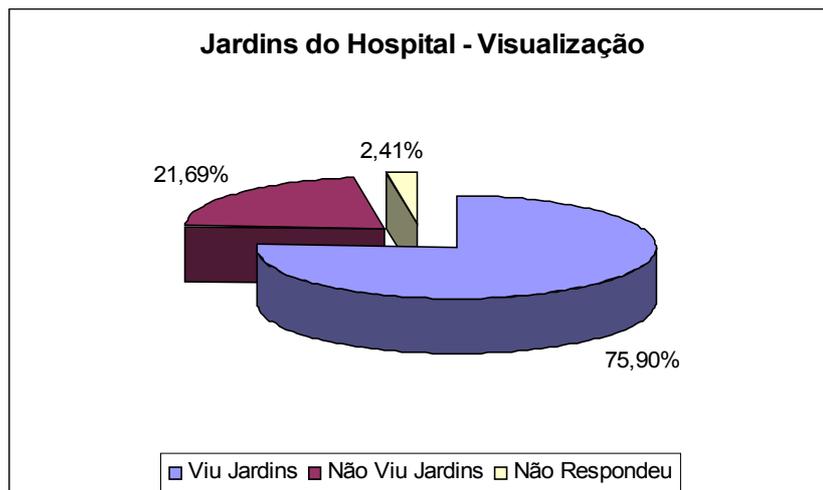


Gráfico 27: Visualização dos jardins
 Fonte: a autora

Mais de 75% dos pacientes viram os jardins, o que mostra que estes estão integrados aos ambientes do hospital. O que pode ter acontecido com os 21,69% de pacientes que não os

viram é que estes ficaram muito pouco tempo no hospital, ou então, não consideraram como jardins a vista das janelas para os canteiros existentes no exterior do prédio.

Quanto à utilização dos jardins, há um resultado diferente, verificado no Gráfico 28:

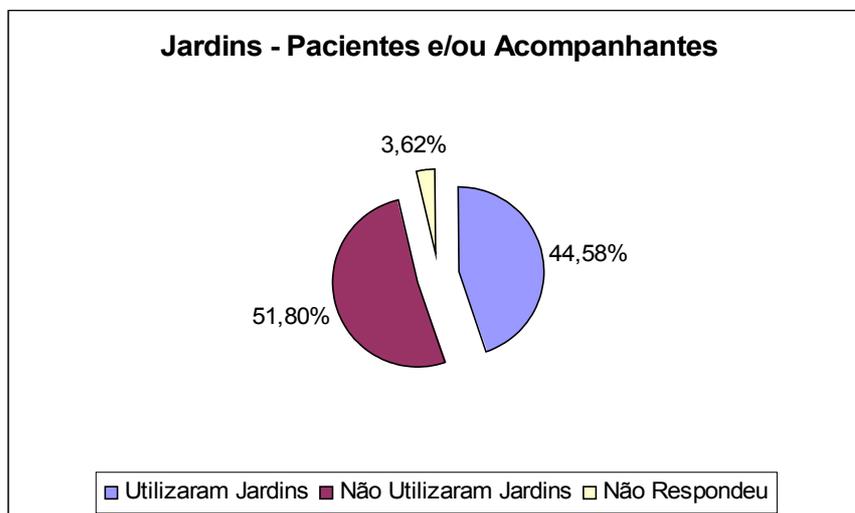


Gráfico 28: Utilização dos jardins do Hospital Unimed

Fonte: a autora

Mais de metade dos pacientes ou acompanhantes não teve oportunidade de utilizar os jardins. Esses também são considerados como auxiliares nas atividades de lazer, mas isso não é constatado neste hospital. Foi indagado sobre a opinião das pessoas sobre os jardins, e os resultados são vistos no Gráfico 29.

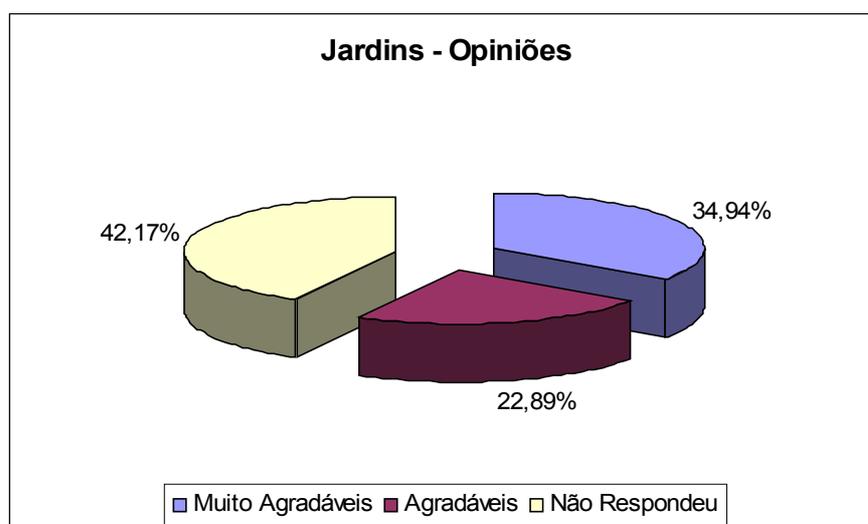


Gráfico 29: Opiniões sobre os jardins do Hospital Unimed

Fonte: a autora

Mais de 42% dos entrevistados não respondeu à questão, e se observou que estes foram os que não utilizaram ou não viram os jardins. E entre os que responderam, não houve respostas considerando como ruins ou muito ruins, ou mesmo pessoas indiferentes a eles. Os que pensaram que são muito agradáveis são 34,94% dos entrevistados, e os que pensaram que são agradáveis são 22,89% deles.

O paisagismo foi definido no projeto do hospital. Conforme as informações obtidas em entrevista, há uma pessoa que faz a manutenção paisagística: o jardineiro. Algumas coisas do primeiro projeto tiveram que ser modificadas, pois se verificou que não eram adequadas – quanto à posição, à adequação, à iluminação natural. Essas modificações se realizaram principalmente em função do clima da cidade, que impede que as plantas se desenvolvam como deveriam. Na frente do *solarium* há uma área de jardim, que é calçada, poderia ser uma área de lazer para o paciente – foi a área criada para essa situação.

Um dos pontos a serem analisados por este trabalho é o estudo de fluxos e de distribuição. Em um projeto de hospital, a circulação e os fluxos devem ser separados a fim de proporcionar agilidade, controle e facilidade de acesso¹⁴. As opiniões dos clientes quanto ao deslocamento interno do Hospital Unimed é visto no Gráfico 30:

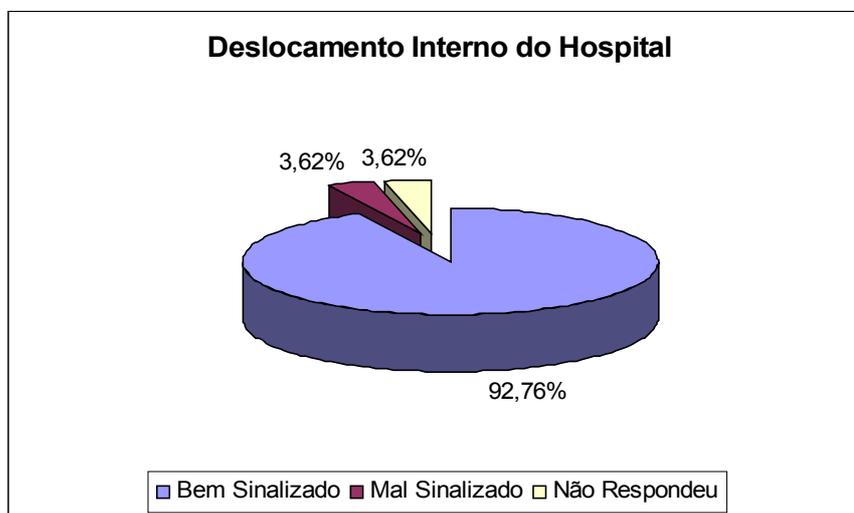


Gráfico 30: Opiniões sobre o deslocamento interno do Hospital Unimed
 Fonte: a autora

Para 3,62% dos entrevistados, o deslocamento interno é mal sinalizado. As reclamações são no sentido de má sinalização dos elevadores, e a falta de clareza das placas. Estes foram citados 4 vezes. Já 92,76% das pessoas pensam que o deslocamento interno do

¹⁴ Verificado em Boeger (2003), e também em <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp> e <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

hospital é bem sinalizado. As causas mais citadas são a existência de placas explicativas, o uso de cores diferentes, os mapas existentes e a indicação de direção fornecida pelas pessoas. Esses quatro itens corresponderam a 40 citações. Outras causas foram citadas 9 vezes.

Algumas informações sobre a sinalização foram passadas pelo responsável pela engenharia hospitalar. Foi feito um projeto de sinalização, que contemplasse algumas normas de sinalização, tentando fazer alusão à marca da Unimed. Em toda sinalização existente, além de informação, há algo da marca – ou desenho, formato, entre outros. Um exemplo de sinalização pode ser verificado na Foto 14.



Foto 14: Placa em corredor do Hospital Unimed

Fonte: a autora

Também foi feita uma separação das áreas e pavimentos por cores, mas se observa que isso não tem muita utilidade, já que o público pensa nos pavimentos, e não nas cores. O que foi relatado é que a sinalização, para o público em geral é considerada de fácil assimilação. Para o hospital, há poucas reclamações por parte do usuário, e é raro vê-los perguntando sobre os lugares, ou mesmo perdidos. Todas as áreas são contempladas, e sempre que ocorrem mudanças é solicitado à área de *marketing* da Unimed que as realize. As placas de sinalização existentes nos bebedouros podem ser conferidas na Foto 15:



Foto 15: Placa de sinalização junto ao bebedouro

Fonte: a autora

A distância entre os ambientes também foi pesquisada, e as respostas obtidas sobre elas são mostradas no Gráfico 31.

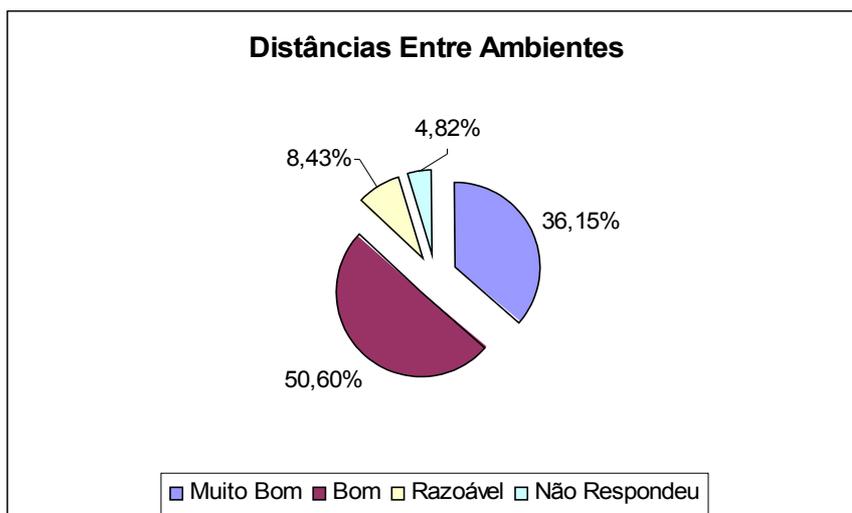


Gráfico 31: Opiniões sobre as distâncias entre os ambientes

Fonte: a autora

Para 8,43% dos entrevistados, as distâncias entre os ambientes do hospital são razoáveis. Entre as principais deficiências estão o tempo de espera dos elevadores e que os ambientes são longe uns dos outros, sem explicação mais concreta. Estes fatores correspondem a 3 citações. As distâncias podem ser consideradas boas para 50,60%, e muito boas para 36,15% das pessoas. Entre as causas mais citadas estão o fácil acesso e a locomoção – incluindo o uso da cadeira de rodas, a proximidade entre os locais, a construção horizontal, a rapidez e a agilidade no atendimento e os corredores –, citadas 25 vezes, além da organização e da distribuição, citadas 7 vezes. Outras causas foram citadas 3 vezes.

O que foi observado é que, apesar de ser uma construção horizontal, o que implica em distâncias maiores a percorrer, não há grandes reclamações nesse sentido. O hospital oferece facilidades de locomoção (como por exemplo, o uso de cadeiras de rodas) que diminuem o tempo de percorrer essa distância, e os clientes se tornam satisfeitos com essas soluções. Além disso, há elevadores bem localizados, que diminuem a distância percorrida até chegar ao destino desejado. Os clientes dificilmente reclamam; muitos inclusive, citam como positivo o fato de caminhar até um determinado local, pois isso os ajuda na recuperação. O fato de a distribuição de insumos ser central proporciona a sensação de que tudo é mais perto e acessível. O acesso aos ambientes foi um aspecto abordado na pesquisa com os pacientes. Os resultados são vistos no Gráfico 32.

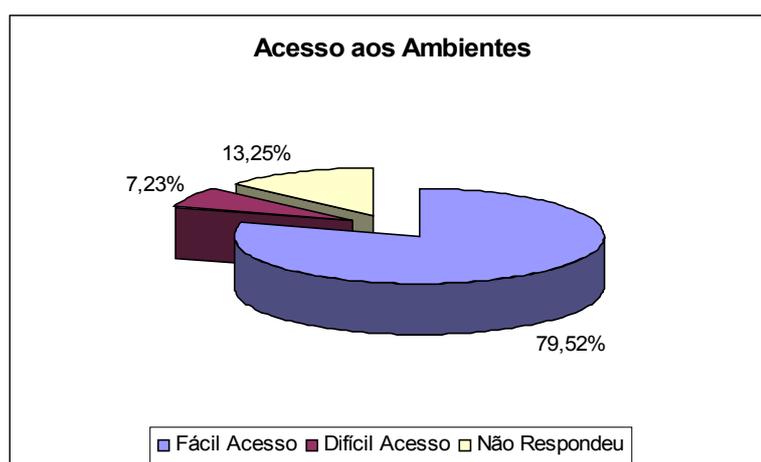


Gráfico 32: Opiniões sobre o acesso aos ambientes

Fonte: a autora

Os ambientes são considerados de difícil acesso por 7,23% dos entrevistados. As causas mais frequentes são que o hospital é novo – então as pessoas ainda não estão acostumadas com as distâncias – e também porque os ambientes são longe uns dos outros. Já os 79,52% que consideraram fácil o acesso aos ambientes citaram como principais fatores a

organização e a distribuição – citadas 7 vezes –, a facilidade de locomoção – citada 18 vezes – e a sinalização e a indicação fornecida pelas pessoas – citadas 19 vezes.

O uso dos elevadores é importante. Dependendo da circulação, os elevadores podem abrir para os dois lados (ambivalente), permitindo eventuais remanejamentos (visto em <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>). Deve haver programação para o atendimento de públicos separadamente. O que é comentado na entrevista é que há quatro deles utilizados por pacientes. Um vai do heliponto até o subsolo – que no segundo pavimento passa sem parar, e tem uma parada no pavimento da UTI e do bloco cirúrgico, entre os dois setores. Foi assim pensado porque há casos de urgência e emergência, e o paciente chega necessitando de cuidados da UTI ou cirúrgicos, sendo uma facilidade de acesso. Esse mesmo elevador tem acesso ao subsolo, onde fica o *morgue*, no caso de o paciente já chegar sem vida ao hospital. Além desse, há dois elevadores sociais na recepção, que dão acesso para os três pavimentos principais – subsolo, térreo e segundo pavimento. Esses abrem para os dois lados (são ambivalentes), facilitando o acesso e o fluxo de pessoas e materiais, já que, no térreo, em um lado há o corredor de circulação geral do hospital, e no outro lado há a recepção. Um dos elevadores ambivalentes pode ser visto na Foto 16. Há mais um elevador na internação, que liga os dois andares de internação ao subsolo também.



Foto 16: Elevador ambivalente

Fonte: Unimed Nordeste RS

Além dos quatro elevadores, há um elevador de carga. Este vai do bloco cirúrgico para o subsolo, e funciona basicamente para transporte de roupa suja. Ainda há quatro montacargas, que foram uma exigência de um plano de gerenciamento de resíduos sólidos. Um deles se localiza na UTI, outro na internação, e há mais dois entre o bloco cirúrgico e o Centro de Esterilização de Material (CME). Um fica na área “limpa” e o outro na área “suja” do CME – vai para o bloco cirúrgico com o material limpo, e desce para o CME com o material sujo.

Um ponto importante que faz com que se acredite na facilidade de acesso é que todas as áreas de atendimento ao usuário se localizam em apenas um pavimento, o térreo. Quando chega ao hospital, a não ser que se desloque pelo anfiteatro ou pelo auditório, o cliente de saúde circula, praticamente, apenas pelo pavimento térreo. A exceção são as alas de internação do segundo pavimento, em que ele vai chegar à recepção e pegar o elevador para o andar de destino.

Ainda tratando de acessos, foi observado que, na área de internação os serviços de apoio à internação são centrais, devido às premissas de projeto. Foi definido como seria distribuído o SND, a farmácia, a governança, entre outros serviços. Então, para agilizar fluxos, foram colocados “mini-centros” de distribuição. A copa, por exemplo, não produz nada neste local, mas vai tratar da distribuição das bandejas e do atendimento direto ao cliente. A farmácia funciona com o mesmo processo: há uma farmácia central, e também “farmácias-satélite”, centrais na internação, que distribuem os medicamentos daquela ala de internação. A enfermagem tem uma sala de coordenação, e também, em cada unidade, um posto de enfermagem – nas internações, no bloco cirúrgico, na UTI, no Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), e na Emergência. Para cada posto há um enfermeiro responsável e também alguns técnicos em enfermagem. Isso influencia diretamente também nas distâncias percorridas, como foi tratado anteriormente. A Foto 17 mostra a configuração de uma ala de internação – neste caso correspondente à ala de internação Leste I – que tem os pequenos centros de distribuição. Verifica-se que à esquerda se situam as áreas de apoio, e à direita, as unidades de internação.



Foto 17: Corredor de ala de internação

Fonte: a autora

A arquitetura é campo para a implantação de serviços terceirizados. Não apenas a manutenção e a limpeza – que é uma das áreas mais terceirizadas em hospitais¹⁵ – mas também outros aspectos podem ser realizados dessa forma. Como visto anteriormente, há uma área destinada à lavanderia, mas por enquanto não está sendo utilizada, já que ainda é vantajoso ter esse serviço prestado por terceiros. Sendo assim, é necessário verificar o que poderia ser realizado por outras pessoas físicas ou jurídicas na parte de engenharia hospitalar, e conhecer suas desvantagens e vantagens. Serviços terceirizados podem trazer vantagem competitiva, desde que sejam contratados depois de um estudo de viabilidade e de negociações com benefícios para ambos os lados.

Para o engenheiro responsável pela área, há alguns defeitos no hospital. Principalmente foi destacado que há algumas coisas que poderiam ter sido realizadas. Em função da localização – longe do centro da cidade –, seria necessária a contemplação de alguns serviços que não existem por perto e são sentidas pelos usuários. Não há farmácia por perto, nem floricultura, nem loja, que venda livros, revistas, jornais e outras “conveniências”

¹⁵ Boeger, 2003, p. 75-76.

– apenas na cafeteria, há revistas para vender. Seria necessário haver um centro de conveniências e de serviços, que não fosse muito grande. O que foi observado é que, realmente, o usuário sente falta disso.

Já como virtude, pode ser destacada a estrutura predial, que permite modificações. Uma edificação hospitalar tem como uma de suas características a flexibilidade¹⁶. É uma edificação que nunca pára, está sempre em obras, reformas, mudanças. Há muita liberdade, não se depende de paredes – são tiradas e colocadas paredes onde precisar. As instalações também constituem um ponto positivo importante. O número de problemas nas instalações é muito pequeno, pois estes foram corrigidos nos primeiros tempos de funcionamento.

Uma das vantagens da arquitetura, para o usuário, para o paciente, para o acompanhante, para o público externo, segundo relatado em entrevista, é a questão de fluxos do hospital, justamente por causa da “compartimentação”, de serviços, apoio, atendimento ao usuário e administrativo. O usuário não precisa se preocupar com escadas, tudo está de forma acessível no pavimento. A localização pode ser vista como problema, mas também como virtude. Apesar de ser longe da área central de Caxias do Sul, transmite muita tranquilidade. O usuário não precisa se preocupar com o barulho do trânsito, com a privacidade. O hospital está inserido na zona urbana, mas em uma área tranquila, residencial.

4.4 DEFICIÊNCIAS E VIRTUDES

Quando foi realizado o questionário com os pacientes, foi-lhes perguntado sobre o que pensavam que seriam as maiores deficiências (pontos fracos) e virtudes (pontos fortes) do Hospital Unimed. Estas, correspondentes às questões de números 27 e 28, foram essenciais para a finalização do trabalho, já que poderiam proporcionar a confirmação ou o confronto de informações obtidas nas entrevistas e na observação direta.

Quando perguntado aos clientes quais eram as maiores deficiências do hospital, foram encontradas 38 respostas. Estas respostas foram separadas em quatro categorias diferentes:

- a) atendimento;
- b) falta – de equipamentos, de instalações, de estruturas;
- c) problemas de fluxos operacionais;
- d) deficiências em instalações.

Os resultados obtidos podem ser conferidos no Gráfico 33:

¹⁶ <http://www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp>

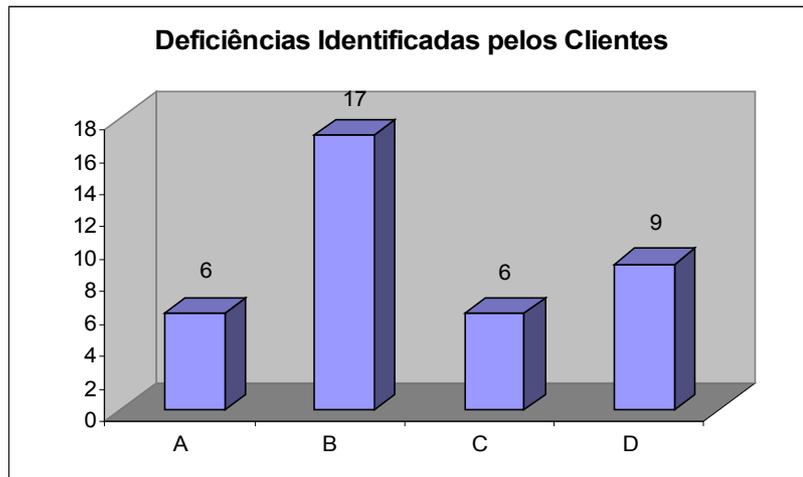


Gráfico 33: Deficiências do Hospital Unimed Identificadas pelos Clientes

Fonte: a autora

A quantidade de citações – quantas vezes aquela reclamação apareceu nos questionários – foi contabilizada, o que originou os seguintes resultados (Gráfico 34):

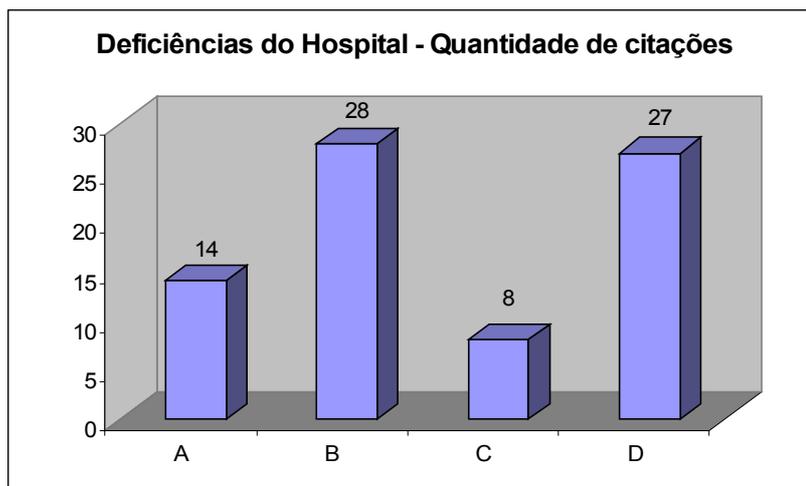


Gráfico 34: Deficiências do Hospital Unimed: quantidade de citações por categoria

Fonte: a autora

Os problemas com atendimento foram citados 14 vezes, com 6 tipos de reclamações diferentes. Entre as mais citadas estão a demora no atendimento (na internação, na recepção, nos quartos, entre outros), com 7 reclamações, e o pessoal que trabalha no turno da noite (mau humor, barulho, entre outros), com 2 reclamações.

A falta de equipamentos, instalações e estruturas foi constatada 28 vezes, em 17 casos diferentes. A mais citada (6 vezes) foi a falta de material de cama e banho. Outras deficiências que chamam atenção são a falta de televisão a cabo, medicamentos, cobertores de reserva, alto-falantes na recepção, farmácia e floricultura abertas ao público, biblioteca, telefones públicos e transporte público.

Os problemas de fluxo operacional foram citados 8 vezes. O mais citado (2 vezes) foi a falha na comunicação, pela escassez e erros de informações. Mesmo sendo pouco citada, a comunicação é um ponto vital no bom funcionamento e nos processos do hospital. Portanto, deve haver mais atenção quanto a este ponto. A limpeza como problema foi citada também duas vezes, sendo que isto é crucial para a prevenção de infecções, e também para o bem estar do paciente. Outros casos citados foram a possibilidade de se fazer dietas diferentes para cada paciente (que, como visto anteriormente, é inviável por causa da falta de estrutura e de recursos), a comida fria e/ou dura, e a “mistura” de pacientes em tratamento clínico com aqueles que realizaram procedimentos cirúrgicos.

Os pontos fracos nas instalações foram citados 27 vezes, sendo que as reclamações foram num total de 10 formas diferentes. A maior reclamação quanto às instalações foi sobre as refeições do acompanhante (poucas opções, pouco saudáveis, etc.), sendo citada 8 vezes. Receberam 4 reclamações a localização e os leitos indisponíveis – hospital lotado. Os banheiros (pouca ventilação, sem tapete, molha muito) contabilizaram 3 citações. Outros pontos fracos encontrados foram o controle da temperatura da água, o café da manhã do acompanhante, a campainha de chamamento muito alta, a área do “lixo” muito próxima aos quartos (implicando em excesso de barulho e fumaça) e a necessidade de ampliação.

A relação das deficiências identificadas (separadas por categorias) com as variáveis analisadas pode ser verificada no quadro 2:

Quadro 2: Deficiências x Variáveis

	A	B	C	D	TOTAL
LAZER	0	2	0	0	2
ALIMENTAÇÃO	1	1	3	2	7
ARQUITETURA	0	10	0	7	17
OUTROS	5	5	3	1	14

Fonte: a autora

Nota-se que o lazer teve poucas deficiências identificadas por parte dos clientes – apenas duas, sendo citadas por três vezes. Isso ocorre porque ainda é uma área pouco identificada por eles, além de que os trabalhos são bastante recentes. Em contrapartida, a arquitetura (engenharia) é a área que mais recebeu reclamações, num total de 17, citadas por 28 vezes. Todas elas se deram quanto às instalações e à falta de recursos e estrutura. Como se trata de um hospital novo é natural que alguns problemas aconteçam. Porém, isto não pode se tornar uma rotina. As deficiências devem ser sanadas rapidamente, e a instituição deve se adaptar para receber o paciente, sem deixar de oferecer conforto, comodidade e conveniência.

A alimentação, por sua vez, recebeu 7 reclamações, citadas 15 vezes. Uma delas também pode ser considerada conjunta com a engenharia, que é a solicitação por mais lanchonetes, reforçando a lembrança da falta de opções nas refeições do acompanhante, bastante citada. Nesse aspecto, os problemas de fluxo operacional e de instalações foram os mais citados, e os relacionados a outros fatores somaram 14 reclamações – sendo citadas 33 vezes.

Também foi perguntado aos clientes em questionário quais eram as maiores virtudes do hospital. Foram encontradas 28 respostas, agrupadas em quatro diferentes categorias:

- a) atendimento;
- b) existência de equipamentos, de instalações, de estruturas;
- c) êxito nos fluxos operacionais;
- d) virtudes em instalações.

Os resultados obtidos são verificados no Gráfico 35:

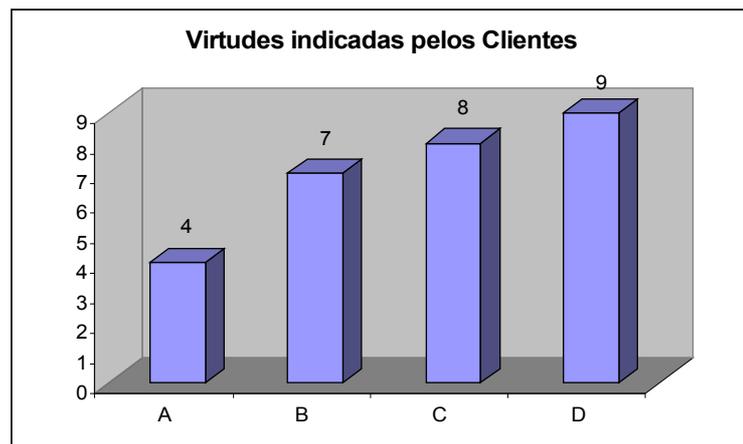


Gráfico 35 – Virtudes do Hospital Unimed Identificadas pelos Clientes

Fonte: a autora

A quantidade de citações – quantas vezes aquela reclamação apareceu nos questionários – também foi contabilizada. Os resultados estão expostos no Gráfico 36:

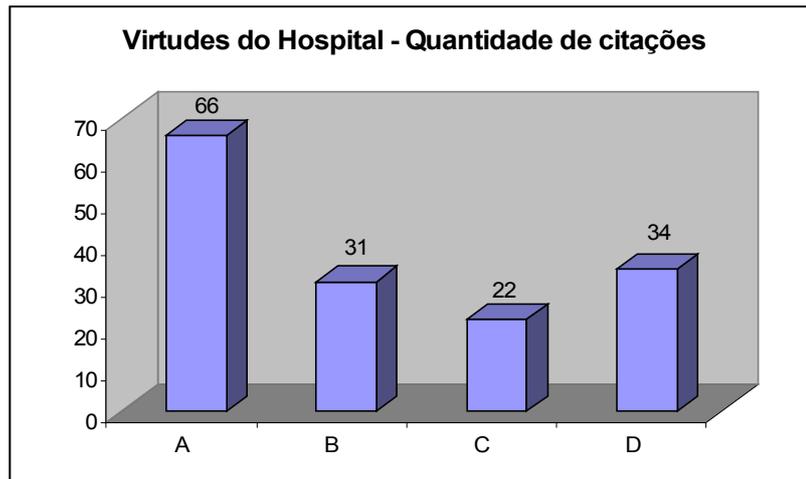


Gráfico 36: Virtudes do Hospital Unimed: quantidade de citações por categoria

Fonte: a autora

O atendimento como ponto forte foi o responsável pelo maior número de citações. Foram encontradas apenas 4 respostas diferentes, mas nota-se que o atendimento possui grande prestígio. Foram encontradas 21 respostas ressaltando o bom atendimento. A atenção, o carinho e a presteza do pessoal foram citados 31 vezes. O pessoal treinado e eficiente foi lembrado 13 vezes. Ainda, citada uma vez, foi encontrada a resposta que os pacientes e acompanhantes se sentem bem. O atendimento influencia diretamente na hospitalidade, e então, pode-se concluir que, nesse aspecto, o Hospital Unimed tem resultados excelentes.

A existência de equipamentos, instalações e estruturas foi averiguada em 7 diferentes respostas, que contabilizaram 31 citações. A limpeza e higienização foram citadas 16 vezes. O ambiente alegre e confortável foi citado 10 vezes. Outros aspectos lembrados foram os recursos disponíveis, a tranquilidade e a harmonia. Ainda foi encontrada uma resposta, avaliando o hospital como um exemplo para a região.

O êxito nos fluxos operacionais foi citado 22 vezes, em 8 respostas diferentes. A organização foi o item mais lembrado (9 vezes). Outros pontos destacados foram a agilidade e a qualidade dos serviços, o horário de visitas e a responsabilidade com os horários. Em dois questionários foi mencionado que o hospital mais parece um hotel. E para seis entrevistados, tudo no Hospital Unimed é bom ou ótimo.

A virtude nas instalações foi citada pelos entrevistados 34 vezes, tendo 9 respostas diferentes. O hospital sendo bem equipado e mobiliado foi citado 8 vezes, e o quarto tendo essas qualidades foi citado 4 vezes. A modernidade foi citada 7 vezes. A localização do hospital foi apontada também 7 vezes – contrastando o que foi dito na análise das deficiências, em que a localização como aspecto negativo foi citada 4 vezes. O

estacionamento foi considerado um ponto forte por 4 entrevistados. Outras virtudes apontadas foram a flexibilidade para o paciente “passar”, a beleza, as cores e o hospital novo.

O lazer e a alimentação não foram relacionados a nenhum ponto forte lembrado pelos entrevistados. Isso mostra que o hospital ainda pode crescer muito nessas duas áreas. O desempenho destas duas variáveis no restante do questionário pode ser considerado bom, mas mesmo assim, os clientes não lembraram delas quando tiveram a oportunidade de expressar o que mais lhes chamou atenção como virtude.

Em contrapartida, a arquitetura foi relacionada a 11 respostas. Nove delas corresponderam às instalações, e duas à existência de equipamentos, instalações e estruturas. Algumas delas são as cores, a modernidade, a beleza, o estacionamento, a localização, o hospital e os quartos bem equipados, mobiliados, entre outros adjetivos e o ambiente agradável, confortável e alegre. O hospital trata da engenharia hospitalar com relevância, sendo que foi dada grande importância à construção, decoração e aquisição de equipamentos e instalações. Isso está sendo reconhecido pelos pacientes, que remetem à arquitetura e à engenharia quando questionados sobre o que o hospital tem de melhor.

Outros aspectos somaram 17 diferentes virtudes. Entre estas, 7 podem ser relacionadas a um conjunto de fatores. Entre elas estão a qualidade e a agilidade nos serviços, que não é mérito de apenas uma área, mas sim, integração entre todas elas. O mesmo ocorre com o fato de alguns pacientes julgarem tudo bom ou ótimo no hospital, e também com o fato de o hospital ser harmonioso e ter personalidade. Os competentes trabalhos realizados por diversas áreas, além da integração destas e o respeito e o interesse no ser humano resultam no êxito das instituições de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalidade é uma tendência na concepção de instituições de saúde. A hotelaria hospitalar tem evoluído muito, e a busca pela hospitalidade e pela humanização destes ambientes é uma busca constante nas instituições competitivas. Os hospitais que realizam boa gestão da hospitalidade têm a possibilidade de explorar diferenciais nos serviços oferecidos.

O Hospital Unimed Nordeste RS pertence ao plano de saúde Unimed Nordeste RS, que possui 321 mil usuários nas 17 cidades de abrangência. O hospital ainda pode atender a pacientes particulares. Possui uma estrutura moderna, com equipamentos de alta tecnologia e pessoal treinado. Foi idealizado para ser uma referência na região, tanto no atendimento médico como nos serviços agregados. Logo, a hospitalidade deve estar presente para a satisfação integral do paciente, dos acompanhantes e familiares, e também de seus outros públicos.

A pesquisa realizada neste trabalho contou com a participação de mais de 80 pacientes-cliente. O questionário aplicado proporcionou a riqueza de informações, e acrescentou em alto grau na análise e interpretação de dados. Foi realizada a observação direta, contribuindo para o entendimento dos processos. Além disso, as entrevistas realizadas auxiliaram no conhecimento de muitos aspectos, além do esclarecimento quanto às dúvidas surgidas na observação direta. A união dessas três fontes de informações foi de vital importância para a realização do estudo de caso.

Os projetos de lazer para pacientes da pediatria são muito comuns, sendo que consiste em um público receptivo ao lúdico. O público adulto é diferente: nem sempre as pessoas acreditam na diversão, no lazer e no entretenimento como auxiliares no seu tratamento. O trabalho de recreação e lazer do Hospital Unimed é realizado exclusivamente com adultos, mostrando que é possível proporcionar aos seus clientes atividades divertidas e que ajudam no tratamento. Apesar do baixo índice de pacientes que consideraram atividades realizadas como sendo de lazer, vê-se que há receptividade do público quanto a isso. O trabalho dos Médicos do Sorriso deixa as pessoas encantadas. Isso para o paciente é uma experiência extremamente positiva, pois os *clowns* proporcionam sensações de segurança, alegria e prazer. No Brasil isso é uma tendência. No caso do Hospital Unimed, nota-se uma grande expectativa em torno desta atividade, e ela vem sendo surpreendida. A receptividade das pessoas – não apenas dos pacientes, acompanhantes e familiares, mas também dos médicos e funcionários – é grande, e

os resultados extremamente positivos. Além dos Médicos do Sorriso, há outras atividades e espaços que contribuem para a qualidade do atendimento. Há uma capela dentro do hospital, já que na região de abrangência do hospital é muito grande o número de pessoas religiosas. Há um espaço agradável para a realização de atividades – o *solarium* – que conta com iluminação natural e vista para jardins. Esses também podem ser utilizados – e poderiam ser ainda mais explorados, com a realização de outras atividades. Há oficinas terapêuticas, que têm como objetivo o bem estar dos acompanhantes e familiares. A brinquedoteca está na fase final de implantação, e será mais uma opção de recreação. Com a boa utilização dos espaços – dentro das possibilidades do hospital – e com frequência adequada, as atividades de lazer e recreação constituirão uma excelente opção de relaxamento e de divertimento aos seus clientes. Esse trabalho serve de exemplo para os outros hospitais da região, pois contribui para a superação de expectativas dos clientes e para a imagem da instituição.

O fato de que a maioria das atividades ainda são projetos, ou estão sendo implantadas, pode ser relacionada com a recente inauguração do hospital. Este ainda está sofrendo adaptações e formando rotinas. O hospital possui outros projetos para o lazer, o que mostra a preocupação com a qualidade de vida e com o bem estar do paciente. Esses novos projetos devem ser explorados, já que possuem grande potencial. Já foi visto que a humanização dos hospitais reflete na saúde mental e física. Em um hospital que se preocupa com a gestão da hospitalidade, as atividades de entretenimento e diversão são condições básicas para a competitividade.

A área de alimentação obteve bons resultados na pesquisa com os clientes. Há uma satisfação por parte deles em diversos requisitos. Dos aspectos que compõem o cardápio, os que obtiveram pior desempenho foram os sabores, o tempero e a temperatura da comida. Este último ocorre porque o hospital tem que adequar o processo de servir a comida. Isso pode ser relacionado aos problemas de estrutura – poucos funcionários, espaço reduzido. Quanto aos sabores e ao tempero, sabe-se que o fato de não poderem ser usados uma série de condimentos influencia diretamente na opinião – a comida tem gosto diferente. O SND procura agradar os clientes, e há intenção de melhorias nesse sentido. A apresentação das refeições é, em geral, boa. É utilizada uma bandeja com o visual agradável, e ainda se procura fazer decoração nos pratos.

A periodicidade das refeições se mostrou adequada às necessidades dos pacientes. A rotina do hospital é de servir cinco refeições diárias – café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia. Há um equilíbrio entre o que é servido em cada uma delas, pois o paciente deve se comer adequadamente para que a alimentação auxilie no tratamento e na recuperação.

Há uma preocupação com a variedade da comida servida pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND). Isso é constatado não apenas com o paciente, mas também com o funcionário (a alimentação deles também é atribuição do SND). Há preocupação quanto à variabilidade na alimentação, que se mostra com o oferecimento de diferentes alternativas (alimentos, como pizza, bolos, sorvete, etc.). As preferências dos clientes são respeitadas, pois se entende que cada pessoa tem seus hábitos e gostos.

Os problemas são passíveis de serem resolvidos. Uma vez sanados os problemas de estrutura, os processos e fluxos podem melhorar. Há necessidade de contratação de pessoal, e de adaptação de instalações, e depois, um remanejamento de rotinas. Assim, a consequência é a melhora dos serviços e a satisfação do cliente.

A arquitetura hospitalar é ponto de grande importância. O Hospital Unimed foi construído conforme as normas exigidas, mas se procurou fazer mais do que isso, oferecendo um ambiente agradável e funcional às pessoas. As cores foram muito elogiadas. Vê-se que isso foi demasiado importante, já que, na construção, foi consultado um especialista em cores para indicar o que seria melhor para tornar o ambiente menos opressor e, se possível, agradável aos olhos. A existência de áreas ajardinadas é um fator positivo, já que é visualmente interessante. O uso dos jardins também corresponde a mais uma possibilidade de entretenimento.

A iluminação teve excelentes resultados na pesquisa. O fato de o hospital ter se considerado o uso de iluminação natural foi percebido pelos clientes como muito positiva. Esse tipo de iluminação tem muitas vantagens, pois além de os clientes se sentirem influenciados positivamente, traz economia de energia. A iluminação, no geral, foi avaliada como boa pela grande maioria dos entrevistados com questionários. Isso corresponde às expectativas da área de engenharia hospitalar.

O deslocamento interno do Hospital Unimed é bom. A sinalização foi considerada boa por mais de 90% dos entrevistados, e é um aspecto de constante observação. O hospital sabe que, para a fluência dos fluxos e processos, é essencial a sinalização adequada, clara e precisa. Quanto às distâncias, também são percebidas positivamente pelos clientes. A construção tem apenas quatro pavimentos, sendo que há uma tendência em construções horizontais para estas instituições, já que assim há facilidade de deslocamento, eficácia dos fluxos operacionais, acessibilidade, entre muitas outras vantagens. Isso é percebido pelos públicos interno e externo. Os ambientes são acessíveis, já que todas as áreas de atendimento ao usuário se localizam em apenas um pavimento. Os elevadores são em bom número, e há dois deles,

utilizados pelos clientes, que são ambivalentes. Os “mini-centros” de distribuição facilitam a distribuição de insumos na internação.

Vê-se a necessidade de oferecer serviços diversos aos clientes. Para eles, deveria existir floricultura e farmácia, além de locais que sanassem a falta de opções de alimentação. Isso foi constatado nas entrevistas com clientes, e também com o responsável pela área. A localização do hospital demanda esses serviços solicitados.

As maiores deficiências do hospital foram constatadas nos problemas de instalações e na falta de equipamentos, instalações ou estruturas. Já as maiores virtudes se deram no atendimento – com o pessoal carinhoso, prestativo e treinado. Também foram destacadas virtudes nas instalações e na existência de equipamentos e de estruturas.

Para futuros trabalhos, a sugestão é que sejam feitas algumas mudanças no questionário aplicado. Realizada a análise, notou-se que poderia ser acrescentada a opção “indiferente” em algumas questões. Também poderia ser comparada a existência de projetos na área de lazer e recreação e a efetiva implantação desses serviços. A possibilidade de instalação de comércios (flores, medicamentos, alimentos, entre outros) também constituiria um item de pesquisa.

A gestão da hospitalidade gera competitividade nas instituições de saúde. Os hospitais que oferecem bons serviços médicos e que tratam as pessoas com respeito e solicitude são procurados por oferecerem serviços que surpreendem os clientes. Então, a integração da área médica e da hospitalidade é essencial.

No caso do Hospital Unimed muitas coisas estão sendo feitas para proporcionar ao cliente a qualidade no atendimento e o bem estar. Como é um hospital muito novo, ainda precisa fazer adaptações nas rotinas e estudar quais seus maiores pontos fortes (e explora-los) e fracos (para eliminá-los). Mas isso é visto também como um ponto a favor, já que o projeto do hospital foi concebido de forma a proporcionar ao cliente uma estadia tranqüila, segura e agradável. Assim, a instituição tem facilidade e flexibilidade para fazer as mudanças necessárias e também para pensar em novas alternativas de serviços oferecidos. Isso é o que torna um hospital competitivo. No Hospital Unimed, uma semente foi plantada, e já começa a dar seus primeiros frutos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Vladimir Amâncio. A Máquina da Hospitalidade. In: DENCKER, Ada de Freitas Maneti (org.); BUENO, Marielys Siqueira (org.). **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

AHLSTRAND, Bruce, LAMPEL, Joseph e MINTZBERG, Henry. **Safári da Estratégia**. Traduzido por Nivaldo Montingelli Jr. Porto Alegre: Bookman, 2000.

ALBRECHT, Karl, ZEMKE, Ron. **Serviço ao Cliente: a reinvenção da gestão do atendimento ao cliente**. Traduzido por Afonso Celso da Cunha. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

ALVAREZ, Manuel S. B. **Terceirização: parceria e qualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

ARRUDA, Gillian Alonso. **Manual de Boas Práticas volume II – Unidades de alimentação e Nutrição**. São Paulo: Ponto Crítico, 1998.

BARROWS, Clayton W.; POWERS, Tom. **Administração no Setor de Hospitalidade: Turismo, Hotelaria, Restaurante**. Traduzido por Ailton Bomfim Brandão. São Paulo: Atlas, 2004.

BERVIAN, Pedro A.; CERVO, Amado Luiz. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

BETHLEM, Agrícola. **Estratégia Empresarial: conceitos, processos e administração estratégica** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

BORBA, Valdir Ribeiro; OLIVA, Flávio Alberto. **Balanced Scorecard: Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares**. São Paulo: Iátria, 2004.

BOULLÓN, Roberto C. **Atividades Turísticas e Recreativas: o homem como protagonista**. Tradução de Elena Ortega Ortiz Assumpção. Bauru: EDUSC, 2004. (Turis).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Brasília, 1994.

BROTHERTON, Bob; WOOD, Roy C. Hospitalidade e administração da hospitalidade. In: LASHLEY, Conrad (org.); MORRISON, Alison (org.). **Em Busca da Hospitalidade: Perspectivas para um mundo globalizado**. Traduzido por Carlos David Szlak. Barueri: Manole, 2004. Tradução de In Search of Hospitality.

BRUGALLI, Alvino Melquiedes. **Vocação para hospedar: Trajetória de um hospital-hotel-hospital**. Caxias do Sul: EDUCS, 1995.

CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. **Hospitalidade**. São Paulo: Aleph, 2004. (ABC do Turismo).

_____. Os Domínios da Hospitalidade. In: DENCKER, Ada de Freitas Maneti (org.); BUENO, Marielys Siqueira (org.). **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CAMPOS, José Ruy Veloso. **Introdução ao universo da hospitalidade**. Campinas: Papirus, 2005.

CANTON, Antonia Marisa. Os Eventos no Contexto da Hospitalidade – um produto e um serviço diferencial. In: DIAS, Celia Maria de Moraes (org.). **Hospitalidade: Reflexões e Perspectivas**. Barueri: Manole, 2002.

CRUZ, Rita de Cássia Ariza. Hospitalidade Turística e Fenômeno Urbano no Brasil: Considerações Gerais. In: DIAS, Celia Maria de Moraes (org.). **Hospitalidade: Reflexões e Perspectivas**. Barueri: Manole, 2002.

DAVIES, Carlos Alberto. **Alimentos & Bebidas**. 3. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

DE MASI, Domenico. **O Ócio Criativo**. Traduzido por Lea Manzi. 6. Ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. Tradução de: Ozio Creativo.

DE PAULA, Nilma Morcerf. Introdução ao Conceito de Hospitalidade em Serviços de Alimentação. In: DIAS, Celia Maria de Moraes (org.). **Hospitalidade: Reflexões e Perspectivas**. Barueri: Manole, 2002.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti. A Abordagem Científica em Hospitalidade. In: DENCKER, Ada de Freitas Maneti (org.); BUENO, Marielys Siqueira (org.). **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

DIONNE, Jean; LAVILLE, Christian. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Traduzido por Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed, 1999. Tradução de La construction des savoirs: manuel de méthodologie en sciences

DRUCKER, Peter. O aparecimento da administração. In: DRUCKER, Peter. **O Melhor de Peter Drucker**: a administração. Traduzido por Arlete Simille Marques. São Paulo: Nobel, 2001. Tradução de: The essencial Drucker on manegement.

_____. As dimensões da administração. In: DRUCKER, Peter. **O Melhor de Peter Drucker**: a administração. Traduzido por Arlete Simille Marques. São Paulo: Nobel, 2001. Tradução de: The essencial Drucker on manegement.

_____. A finalidade e os objetivos de uma empresa. In: DRUCKER, Peter. **O Melhor de Peter Drucker**: a administração. Traduzido por Arlete Simille Marques. São Paulo: Nobel, 2001. Tradução de: The essencial Drucker on manegement.

DUMAZEDIER, Joffre. **Lazer e cultura popular**. Traduzido de Maria de Lourdes Santos Machado. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. 333p. Tradução de Vers une civilization du loisir.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. Traduzido por Gustavo Severo de Borba. et. al. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2000. Tradução de: Service Management: Operations, Strategy and Information Technology.

GALVÃO, Jarbas. **O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel**. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade Regional de Blumenau. Orientador Prof. Dr.Oklinger Mantovanelli Junior. Blumenau, março de 2003. Disponível em http://proxy.furb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=68

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOSA, Lívio Antonio. **Terceirização: uma abordagem estratégica**. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

GODOI, Adalto Félix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo**. São Paulo: Ícone, 2004.

GRINOVER, Lucio. Hospitalidade: Um Tema a Ser Reestudado e Pesquisado. In: DIAS, Celia Maria de Moraes (org.).**Hospitalidade: Reflexões e Perspectivas**. Barueri: Manole, 2002.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Traduzido por Cristina Bazán. 14.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. Traduzido por Bazán Tecnologia e Linguística. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000. Tradução de: Marketing Management: Millenium Edition, Tenth Edition.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Marketing de serviços**. São Paulo: Atlas, 1991.

LASHLEY, Conrad. Para um entendimento teórico. In: LASHLEY, Conrad (org.); MORRISON, Alison (org.). **Em Busca da Hospitalidade: Perspectivas para um mundo globalizado**. Traduzido por Carlos David Szlak. Barueri: Manole, 2004. Tradução de In Search of Hospitality.

LEIRIA, Jerônimo Souto; SARATT, Newton Dorneles. **Terceirização: uma alternativa de flexibilidade empresarial**. 9. ed. São Paulo: Genre, 1996.

MALAGÓN-LODOÑO, Gustavo. Introdução. In: MALAGÓN-LODOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Traduzido por Antonio Francisco Dieb Paulo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: Administración Hospitalaria.

_____. Generalidades sobre Administração Hospitalar. In: MALAGÓN-LODOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Traduzido por Antonio Francisco Dieb Paulo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: Administración Hospitalaria.

_____. O Ambiente Hospitalar. In: MALAGÓN-LODOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Traduzido por Antonio Francisco Dieb Paulo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: Administración Hospitalaria

_____. A Biossegurança no Hospital. In: MALAGÓN-LODOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Traduzido por Antonio Francisco Dieb Paulo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: Administración Hospitalaria

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Estudos do lazer: uma introdução**. 3 ed. Campinas, Autores Associados, 2002. (Educação Física e Esportes).

_____. **Lazer e humanização**. 5. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

_____. Lazer e qualidade de vida. In: MOREIRA, Wagner Wey (org.). **Qualidade de vida: Complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2001.

MINTZBERG, Henry. **Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico**. Traduzido por Maria Adelaide Carpigiani. Porto Alegre: Bookman, 2004.

NEGRINE, Airton; BRADACZ, Luciane; CARVALHO, Paulo Eugênio Gedoz. **Recreação na hotelaria: o pensar e o fazer lúdico**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001. (Turismo).

NETO, Antonio Quinto, GASTAL, Fábio Leite. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

NOGUEIRA, Luiz Carlos L. **Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

OLIVER, Richard W. **Como serão as Coisas no Futuro**. Traduzido por Nathalie Fragoso. São Paulo: Negócio, 1999. Traduzido de: The Shape of Things to Come.

PAGNONCELLI, Dernizo. **Terceirização e Perceirização: estratégias para o sucesso empresarial**. Rio de Janeiro: Sn, 1993.

REJOWSKI, Mirian. **Turismo e pesquisa científica: pensamento internacional X situação brasileira**. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2000. (Turismo).

RIBEIRO, Herval Pina. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo**. São Paulo: Atlas, 2003.

TEICHMANN, Ione Mendes. **Cardápios – Técnicas e Criatividade**. 5. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. (Hotelaria)

TELFER, Elizabeth. A filosofia da “hospitalidade”. In: LASHLEY, Conrad (org.); MORRISON, Alison (org.). **Em Busca da Hospitalidade: Perspectivas para um mundo globalizado**. Traduzido por Carlos David Szlak. Barueri: Manole, 2004. Tradução de In Search of Hospitality.

TEODORO, Shirlei. **O Uso das Cores no Ambiente Hospitalar na Busca da Fidelização do Cliente**. Monografia de Pós-Graduação em Administração Hospitalar das Faculdades Integradas IPEP – Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa. Orientador Prof. Ms. Cláudio Teixeira dos Reis Filho. São Paulo, maio de 2005.

TRIGO, Viviano Cabrera. **Manual Prático de Higiene e Sanidade nas Unidades de Alimentação e Nutrição**. São Paulo: Livraria Varela, 1999.

TRIVIÑO, Héctor Gómez. Organização Estrutural e Funcional. In: MALAGÓN-LODOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Traduzido por Antonio Francisco Dieb Paulo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: Administración Hospitalaria.

VASCONCELLOS FILHO, Paulo de; PAGNONCELLI, Dernizo. **Construindo estratégias para vencer**. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Traduzido por Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Tradução de: Case study research: design and methods.

WADA, Elizabeth Kyoko. Reflexões de uma Aprendiz da Hospitalidade. In: DENCKER, Ada de Freitas Maneti (org.); BUENO, Marielys Siqueira (org.). **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

WALKER, John R. **Introdução a Hospitalidade**. 2.ed. Traduzido por Élcio de Gusmão Verçosa Filho. Barueri: Manole, 2002. Tradução de: Introduction to Hospitality.

Páginas da Internet:

<www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia7.asp > Acesso em 13 jul. 2005.

<www.arcoweb.com.br/debate/debate57.asp> Acesso em 13 jul. 2005.

<www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp> Acesso em 12 jul. 2005.

ANEXOS