

Universidade Anhembi Morumbi

Marcelo Assad Boeger

HOTELARIA HOSPITALAR COMO MODELO DE GESTÃO NAS
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARTICULARES DE GRANDE PORTE NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

São Paulo

2006

Marcelo Assad Boeger

**HOTELARIA HOSPITALAR COMO MODELO DE GESTÃO NAS
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARTICULARES DE GRANDE PORTE NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção de título de Mestre em
Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi,
sob orientação da Profa. Dra. Sênia Bastos.**

**São Paulo
2006**

Marcelo Assad Boeger

HOTELARIA HOSPITALAR COMO UM MODELO DE GESTÃO
NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARTICULARES DE GRANDE
PORTE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção de título de Mestre em
Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi,
sob orientação da Profa. Dra. Sênia Bastos.

Aprovado em

Profa. Dra. Sênia Regina Bastos
Universidade Anhembi Morumbi

Profa. Dra. Celia Maria de Moraes Dias
Universidade Anhembi Morumbi

Prof. Dr. Reynaldo Cavalheiro Marcondes
Universidade Mackenzie

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas infinitas oportunidades e desafios fazendo com que os caminhos escolhidos me trouxessem até aqui.

Ao apoio e encorajamento constante de minha família e à Miriam, por toda paciência, carinho e sabedoria.

Aos professores, profissionais e colegas que colaboraram com a pesquisa, especialmente a Dra. Elizabeth Wada por nos fazer compreender a dádiva por meio de suas atitudes e generosa hospitalidade, Dra. Sênia Bastos por todo conhecimento compartilhado, Dra. Célia Maria de Moraes Dias e Dra. Maria do Rosário Rolfsen Salles por caminharem ao meu lado desde o início desta jornada.

RESUMO

A pesquisa tem como tema o modelo de gestão utilizado por hospitais particulares no município de São Paulo em relação ao departamento de hotelaria hospitalar. A investigação foi realizada a partir de um estudo exploratório através de pesquisa bibliográfica como também por meio de observação participante em dois hospitais particulares acima de duzentos leitos, com algum modelo de Hotelaria Hospitalar já implantado. A partir de diversas análises da forma de gestão destes dois hospitais, procura-se compreender as principais tendências do gerenciamento da Hotelaria Hospitalar, o seu conseqüente efeito sobre o atendimento humanizado e a gestão dos serviços considerando a hospitalidade comercial. A metodologia utilizada na análise foi por meio da avaliação entre indicadores financeiros e de qualidade, durante o período de doze meses comparando o desempenho dos dois hospitais com as médias de mercado. Busca-se compreender, além das atividades técnicas existentes em Instituições de Saúde, a importância que as atividades ligadas à Hospitalidade podem ter como parte de seu planejamento estratégico, tal qual a Hotelaria Hospitalar e suas derivações como a humanização e o entretenimento. Durante a investigação, a complexidade de um hospital e seus respectivos mercados de atuação foram repensados de forma a compreender os efeitos na qualidade dos serviços oferecidos para os clientes e seu atraso administrativo em relação à forma de gerir os recursos humanos, tecnológicos, materiais e financeiros. O resultado da pesquisa demonstrou que a Hotelaria Hospitalar se incluída no modelo de gestão pode ser compreendida não somente como uma forma de melhorar as técnicas de trabalho dos serviços de apoio, mas pode ser contemplada como uma estratégia de posicionamento em relação à marca no mercado. O aumento do número de clientes e sua fidelização serão resultados de uma hospitalidade que transcenda um departamento de hotelaria enquanto atividade operacional. Esta “hospitalidade hospitalar”, reunindo características da hospitalidade comercial e social, servirá como base ao novo modelo de gestão.

Palavras-chave: Hotelaria Hospitalar. Hospitalidade. Modelos de Gestão.

ABSTRACT

The present study has as its theme the management model used by private hospitals in the city of São Paulo in relation to the Hotel Hospitality Department. The investigation was performed as an exploratory study by way of bibliographical research as well as through participating observation in two private hospitals in the city of São Paulo, each maintaining more than two hundred beds, with some type of Hotel Hospitality model in operation. By way of several analyses of the form of management in these hospitals, it is sought to understand the main tendencies of the Hotel Hospitality management, the consequent effect it has over humanized assistance and the management of services involved in commercial hospitality. The methodology used in the analysis was of evaluating financial and quality indicators over the period of twelve months, comparing the performance of the two hospitals with the market average. There is also an attempt at comprehending, in addition to the technical activities existent in Health Institutions, the importance which activities linked to Hospitality may have as part of the strategic planning. An example of this is the Hotel Hospitality and its derivations, such as humanization and entertainment. Throughout the research, the complexity of a hospital whilst a company, as well as the prolix market it belongs to, were reanalyzed in order to understand the effects on the quality of services rendered to clients and the administrative lethargy in which it operates in relation to the manner it has of managing its human, technological, material and financial resources. The result of this research showed that the Hotel Hospitality, if included in the management model, can be understood not only as a way of improving the work techniques of facilities, but can also be seen as a strategy of positioning in relation to the trade brand. The increase in number of clients and their loyalty will be the results of a hospitality which transcends a hoteling department as an operational activity. This “hospital hospitality”, uniting characteristics of commercial and social hospitality, will serve as base to a new management model.

Key words: Hotel Hospitality. Hospitality. Management Models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Atividades de Hospitalidade.....	20
Figura 2 Composição da Hospitalidade Hospitalar.....	21
Figura 3 Ciclo de serviços e os quatro momentos.....	68
Figura 4 Fluxograma do processo de agendamento.....	72
Figura 5 Fluxograma do processo de pré internacao.....	73
Figura 6 Fluxograma do processo de check in.....	73
Figura 7 Fluxograma do processo de alta.....	74
Figura 8 Organograma de hospital de pequeno porte.....	92
Figura 9 Organograma de hospital de grande porte.....	93
Figura 10 Organograma de Intensidade no Contato com o Cliente.....	109
Figura 11 Modelo de Lacunas.....	125
Figura 12 Modelo proposto no relacionamento com o cliente.....	126

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Evolução na taxa de ocupação nos hospitais privados.....	34
Gráfico 2 Percentual da população mundial acima de 60 anos ao longo dos anos	36
Gráfico 3 Receita líquida por paciente/dia em hospitais privados.....	65
Gráfico 4 Total de internações em 2004 e 2005 no hospital X.....	82
Gráfico 5 Total de pacientes/dia em 2004 e 2005 no hospital X.....	83
Gráfico 6 Média de permanência em 2004 e 2005 no hospital X.....	83
Gráfico 7 Taxa geral de ocupação em 2004 e 2005 no hospital X.....	84
Gráfico 8 Número de altas por tipo de paciente no hospital X.....	89
Gráfico 9 Tempo para o paciente deixar o quarto após a alta.....	89
Gráfico 10 Causas da demora na saída do paciente.....	89
Gráfico 11 Tempo entre a chegada do cliente e a cirurgia.....	90
Gráfico 12 Horários de Alta médica.....	90
Gráfico 13 Tempo de reocupação do leito do hospital Y.....	98
Gráfico 14 Participação da Equipe Terceirizada em Hospitais Privados.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Expectativa de Vida e Participação do PIB na Saúde.....	36
Tabela 2 Gastos Médios Mensais em Saúde por Faixa Etária.....	36
Tabela 3 Régua de Produtos e Serviços em Hotelaria Hospitalar.....	99
Tabela 4 Matriz de extensão e intensidade na interação com o cliente.....	101
Tabela 5 Representatividade média dos gastos da hotelaria no hospital X.....	104
Tabela 6 Representatividade média dos gastos da hotelaria no hospital Y.....	104
Tabela 7 Melhoria do processo de atendimento ao cliente do Hospital X.....	107
Tabela 8 Matriz de Avaliação do Fornecedor.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAM – Associação Brasileira de Nutrologia
ABRANGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMB – Associação Médica Brasileira
ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEX – Agência de Promoção de Exportações e Investimentos
APM - Associação Paulista de Medicina
APPL - Ativo Permanente e Patrimônio Líquido
BSC – Balanced Scorecard
CCIH – Comissão para Controle da Infecção Hospitalar.
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CRA – Conselho Regional de Administração
CRN – Conselho Regional de Nutrição
CTPT – Dívidas Totais e Passivo Total
HH – Hotelaria Hospitalar
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JCHO – Joint Commission of Health Care Organizations
JCI - Joint Commission International
LC – Liquidez Corrente
LG – Liquidez Geral
LI - Liquidez Imediata
LS – Liquidez Seca
MEC – Ministério da Educação
OMS - Organização Mundial de Saúde
OMT – Organização Mundial do Turismo
ONU – Organização das Nações Unidas
PIB – Produto Interno Bruto
PNAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SADT – Serviço de Apoio ao Diagnóstico Terapêutico
SAME – Serviço de Arquivo Médico Estatístico
SBCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SBHH - Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar
SND – Setor de Nutrição e Dietética
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - O COMPLEXO CONTEXTO DO SEGMENTO DE SAÚDE	21
1.1 AS QUATRO DIMENSÕES DA SAÚDE E OS HOSPITAIS	21
1.1.1 A dimensão orgânica da saúde	25
1.1.2 A dimensão psicológica da saúde	26
1.1.3 A dimensão sócio ambiental da saúde	28
1.1.4 A dimensão espiritual da saúde	30
1.2 AS ATUAIS TENDÊNCIAS DO SETOR DE SAÚDE	32
1.2.1 Serviços de hotelaria no sistema público	32
1.2.2 A terceira idade	35
1.2.3 A Estética e o turismo de saúde	38
1.3 O AFASTAMENTO DA MEDICINA DA SOCIEDADE E SUAS CAUSAS	43
1.3.1 A indústria farmacêutica e a teoria microbiana	45
1.3.2 A exagerada especialização médica e a fragmentação do conhecimento sobre o diagnóstico	46
1.3.3 A formação acadêmica na área da saúde	48
1.3.4 Os custos da atual assistência médica	51
1.3.5 As consequências do afastamento da medicina	55
CAPÍTULO 2 – UM MODELO DE GESTÃO ADEQUADO A UM NOVO CENÁRIO DA SAÚDE	62
2.1 A GESTÃO DE LEITOS	65
2.2 NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO	75
2.2.1. Os Modelos	76
2.3 CULTURA ORGANIZACIONAL E O MODELO DE GESTÃO	78
2.4 TENDÊNCIA DE UM NOVO MODELO DE GESTÃO: OS HOSPITAIS ECONÔMICOS	80
2.5 IMPACTOS AO MODELO DE GESTÃO: O CUSTO-BENEFÍCIO DA IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR	92
2.6 HOTELARIA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA	97
CAPÍTULO 3 - A INFLUÊNCIA DAS PESSOAS NA ORGANIZAÇÃO: CLIENTES, MÉDICOS, FUNCIONÁRIOS E PRESTADORES DE SERVIÇO	108
3.1 A HOSPITALIDADE COMO CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIA DO MODELO DE GESTÃO EXISTENTE	108
3.1.1 OS MÉDICOS	111
3.1.2 Empresas Terceirizadas	114

3.1.3 Descrição de Cargo e as Competências desejadas do Gerente de Hotelaria Hospitalar...	117
3.2 O CLIENTE DE SAÚDE	119
3.2.1 Perfil do Consumidor.....	123
3.2.2. O uso equivocado do Plano de Saúde.....	127
BIBLIOGRAFIA	140

INTRODUÇÃO

Partindo dos conceitos de hospitalidade, humanização e hotelaria hospitalar, pode-se inferir um conceito de “hospitalidade hospitalar” que remonta a idéia do atendimento ao hóspede em hospitais, esteja ele como paciente, ou seja, ainda um acompanhante. Lashley (2004) discorre sobre a sociedade e a hospitalidade em três distintos domínios: social, privado e comercial.

Considerando que um hospital particular, cobra de seus clientes pelos serviços prestados, estaria ele seguramente praticando a hospitalidade comercial ao fornecer serviços assistenciais ou hoteleiros a este cliente, uma vez que está sendo remunerado. Porém, por considerar a relação existente entre os profissionais de saúde e a condição vulnerável que se encontra este cliente, pratica-se também a hospitalidade social, onde muitas necessidades são atendidas e gratuitamente, sem esperar qualquer reciprocidade, atende-se à necessidades de estranhos e por compaixão, o prestador de serviço com empatia se coloca no lugar de ser humano apenas, atendendo não mais somente um cliente, mas uma pessoa doente.

A sociedade, segundo Mauss (1999 apud MARTINS, 2003, p. 31), é um conjunto de prestações totais organizadas em três momentos expressos pelas obrigações mútuas de dar, de receber e de retribuir algo a alguém. Neste contexto, considerando que diversas relações humanas ocorrem dentro de hospitais, a dádiva pode se manifestar de várias maneiras. O acompanhante de um paciente que investe seu tempo para passar a noite ao lado de um familiar ou um amigo doente, está lhe prestando uma ajuda. Esta atitude pode ser entendida como uma dádiva, desprovida de retribuição alguma, sem qualquer equivalência. Da mesma forma, uma pessoa que venha visitar este paciente, poderá lhe trazer algum presente, ainda que motivado pelo ritual que a sociedade exige em presentear, na relação de obrigações existentes. Dado as circunstâncias, o presente adquire um significado muito maior que apenas um objeto, pois intensifica os vínculos existentes. Na realidade, uma Instituição de Saúde acaba por ser cenário de diversas situações e ter inúmeras outras manifestações de hospitalidade e de dádivas, muitas destas conhecidas por serem dádivas unilaterais como alguém que doa seu sangue ou um órgão a um estranho. “Embora o fenômeno seja muito mais raro do que possa inicialmente parecer, as dádivas unilaterais existem.” (GODBOUT, 1999, p. 205).

Mas para um funcionário do hospital ou um médico, este mesmo paciente pode ser entendido como somente mais um entre diversos outros a que tem a obrigação de atender pois está sendo remunerado por seus serviços. Dentro desta lógica, aquilo que extrapolar a hospitalidade comercial pode então ser considerado humanização. A humanização, segundo Dr. Claudio Lottemberg¹ (presidente do Hospital Israelita Albert Einstein) é fazer o cliente sentir-se acolhido, recebido, aceito, considerado, abrigado, amparado, protegido e respeitado no hospital, evitando que sua hospitalização signifique uma exclusão da sua vida diária. O ponto de equilíbrio do atendimento dentro da hospitalidade comercial está na equivalência entre os valores pagos pelo cliente e o atendimento de todas as suas expectativas.

E quanto àquilo que for inferior ao mínimo necessário de qualidade de atendimento que deveria ser prestado? Até onde práticas hoteleiras de bom atendimento podem garantir princípios adequados no relacionamento com o cliente?

A fim de refletir sobre esta hospitalidade hospitalar, a presente pesquisa teve como motivação principal compreender a qualidade dos serviços prestados pelas Instituições de Saúde, tomando como base dois hospitais em uma metrópole brasileira. O tema “Hotelaria hospitalar como modelo de gestão nas instituições de saúde de grande porte no município de São Paulo” pretende diferenciar as ações isoladas de humanização ou de hostilidade dos profissionais de saúde. Podem ser demonstradas em atitudes de médicos, administradores e enfermeiros, que focam seus processos de trabalho de forma individual, mas que, por não integrar seus processos administrativos e assistenciais, acabam por oferecer muitas vezes um atendimento de baixa qualidade aos seus clientes, desconsiderando a conexão entre os serviços existentes durante sua hospedagem.

Nesta pesquisa não só os relacionamentos entre as pessoas que habitam o empreendimento hospitalar serão discutidos. Os processos administrativos que envolvem o cliente e o hospital e que podem favorecer a existência da hospitalidade também merecem atenção. Assim como o espaço físico, o ambiente e os fluxos podem ser usados para favorecer um atendimento mais rápido e adequado ao cliente por meio de uma arquitetura que contemple os serviços que estão sendo praticados ou que se deseja praticar.

¹ Informação Verbal, em Palestra realizada durante a aula Magna do curso de Pós Graduação em Hotelaria Hospitalar do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein em fevereiro de 2006.

Em 2002, através do Mestrado em Administração Hoteleira, pesquisei pela UNIBERO, um conceito para buscar uma definição de hotelaria hospitalar; seu histórico, seus serviços e sua demanda. Na época, objetivava observar as demandas não assistenciais existentes em hospitais, mas não conseguia contemplar até então, as causas da não realização de bons serviços da hotelaria, que hoje, após quatro anos de observações atuando nesta área, tenho percebido que são motivadas por inúmeros fatores do próprio mercado de saúde e seu complexo relacionamento entre operadoras, médicos, pacientes e hospitais. Estudar o cenário que compõe este mercado, suas motivações e apropriar este conceito para um modelo de gestão adequado, criou condições de compreender até que ponto a hospitalidade nos hospitais é operacionalmente e economicamente viável e, até que ponto deixa de ocorrer por causas diretamente ligadas ao modelo de gestão tal qual à motivação de funcionários, à falta de pessoas ou serviços e processos de hotelaria com qualidade mensurável.

Ao iniciar o programa de mestrado da Anhembi Morumbi, acabei por compreender qual deveria ser a profundidade da pesquisa e quais aspectos deveriam ser buscados e investigados com maior amplitude. Percebi que a hotelaria hospitalar pertencia a um universo que estava refém de sistemas burocráticos, políticos e obsoletos. Em junho de 2006, foi necessária a substituição da orientadora, pois a Profa. Dra. Elizabeth Wada precisou se afastar das atividades acadêmicas. Desde então, a Dra. Sênia Bastos, coordenadora do curso, acabou por assumir a orientação.

A orientação com a Profa. Dra. Elizabeth Wada já havia ocorrido em outra oportunidade no programa de mestrado da Unibero em 2002, que resultou na publicação do livro “Gestão em Hotelaria Hospitalar” pela Editora Atlas em 2003. Neste programa de Mestrado junto à Universidade Anhembi Morumbi, já com uma visão mais madura do conceito de hotelaria em hospitais, fui orientado pela Dra. Elizabeth Wada a buscar as causas e não apenas os efeitos da forma com que o cliente de saúde é atendido nos hospitais. Ou seja, o “por que” mais em evidência e não somente o “como fazer”, que certamente não responderia à problemática da pesquisa. Com esta parametrização, a orientação me levou a estruturar a pesquisa de modo a compreender qual era o universo a que a hotelaria hospitalar pertencia e quais os aspectos que poderiam potencializar ou reduzir a hospitalidade existente, não pela falta de vontade dos gestores, mas pela existência de um sistema político e

econômico em que o “fator hospitalidade” não participa da estratégia da empresa; e não consegue sobreviver a um sistema de regras voltadas à doença e não à saúde.

Ao ser orientado pela Dra. Sênia Bastos, outros aspectos foram questionados, que tornaram a reflexão sobre a hospitalidade hospitalar importante para ousar fundir temas sobre a dádiva com conceitos de gestão, além das análises metodológicas necessárias. A indicação da leitura de R. Porter, abriu outras possibilidades de raciocínio sobre o mesmo assunto e o entendimento do “senso comum” que os consumidores têm do atendimento nas Instituições de Saúde completou o entendimento das diversas hipóteses apresentadas.

Nos últimos anos, diversos pesquisadores têm estudado os conceitos da hotelaria em hospitais, mas ainda acaba sendo escasso encontrar publicações sobre o assunto. O raciocínio está mais ligado a elementos da hotelaria convencional adaptada aos hospitais, do que à própria gestão dos serviços que necessitam ser adequados a este mercado em particular. Grande parte da bibliografia utilizada é de assuntos co-relacionados como algumas obras dos autores Capra (1982), Burke (1993, 1997), R. Porter (1993, 1997 e 2004), Lashley (2004), M. Porter (1999), Bernardes (1991), Martins (2003, 2006), Godbout (1999), Prahalad e Hamel (2005), Boff (1997, 2004, 2005) assim como se recorreu a dados fornecidos por diversos órgãos como pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar (SBHH), Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCEP) e Associação Paulista de Medicina (APM), entre outros.

Esta pesquisa pretende investigar junto ao setor administrativo de dois hospitais particulares de grande porte, a existência de um modelo de gestão que utilize dos conceitos de hotelaria hospitalar e hospitalidade comercial na administração dos serviços de apoio de suas empresas, fornecendo desta forma atendimento com hospitalidade e humanização preconizado, nestes casos, pelo próprio departamento de atendimento ao cliente destes hospitais. Por questões éticas, durante esta pesquisa, os hospitais são tratados como Hospital X e Hospital Y. Foram escolhidos hospitais em uma grande metrópole, por considerar as relações entre as pessoas neste tipo de local, menos afetivas, lidando quase sempre com desconhecidos, fato que se altera em cidades menores. A intenção na escolha de hospitais de grande porte também segue a mesma lógica, pois a dificuldade em personalizar os serviços prestados passa a ser mais dificultoso do que em hospitais

menores. A tendência natural é de massificar e padronizar as ações praticadas pelos colaboradores na relação com o cliente.

Ao incluir a hotelaria ao modelo de gestão, uma hipótese a ser estudada é a da possibilidade do hospital conseguir por meio deste formato interferir nas ações de humanização e então perceber se o mesmo tem efeito sobre o relacionamento entre as pessoas.

Outra hipótese a ser pesquisada é a de identificar oportunidades de adaptação do modelo de gestão existente atualmente a um modelo que vislumbre a hotelaria hospitalar de forma sistêmica, contemplando suas conexões com os serviços de enfermagem e médicos.

O problema a ser analisado é o seguinte: em que medida a Hotelaria Hospitalar é considerado nas duas instituições estudadas, um modelo de gestão e, de que forma estas Instituições de Saúde legitimam este departamento para determinar o atendimento dado ao cliente.

Uma das justificativas que se identificou para motivar a pesquisa é a de entender as dificuldades existentes nos modelos de gestão praticados pelos hospitais atualmente. Percebe-se que as Instituições Hospitalares estão reféns do próprio sistema de saúde devido à formação de sua receita e seu faturamento não estar na dependência de seus clientes diretos e sim de terceiros, tais quais: governo – Sistema Único de Saúde (SUS), Seguradoras (Bancos), Cooperativas Médicas e Planos de Saúde. Desta forma, o impacto dos gastos e ações que contemplem a Hotelaria acaba não tendo remuneração direta e proporcional ao investimento realizado, inviabilizando processos que derivem da hospitalidade comercial. Conforme dados da ANS, o mercado privado de saúde no Brasil, atende aproximadamente 35 milhões de usuários, sendo 70% destes os planos empresariais e localizados nas regiões sul e sudeste.

Os médicos não conseguem atender seus clientes com a extensão e intensidade necessárias para melhorar a qualidade do serviço prestado, pois a remuneração e o valor estipulado por terceiros são inferiores ao necessário para que continuem competitivos e se mantenham em operação. Com isso, é necessário atender um volume maior de clientes, reduzindo esta intensidade e extensão no contato direto com o cliente. Os hospitais não recebem reajustes pelas operadoras há mais de seis anos em suas diárias, taxas, valores de exames e honorários médicos. Aos olhos de quem paga (por aquilo que não consumiu diretamente) não é

necessário ter resultados positivos, nem bom atendimento, basta ser mais barato e consequentemente proporcionar maior margem de lucro.

O sistema de saúde está montado de tal forma que impede que se tenha sistematização de um atendimento adequado aos clientes, pois o número de participantes envolvidos e os conflitos de interesses impedem o reconhecimento de tais necessidades. Sem a existência de um modelo de gestão da hotelaria hospitalar, as ações de humanização encontram-se isoladas e para criar uma atitude de hospitalidade é necessário transgredir as regras. Mas percebemos que ainda assim, os hospitais querem ter o resultado de bons serviços implantados, mas muitas vezes não compreendem que este assunto pode estar intimamente ligado ao modelo de gestão adotado.

Verificando a missão de alguns hospitais particulares de grande porte que já têm sua hotelaria hospitalar implantada, verificamos que em todos os casos existe a menção do bom atendimento ao cliente, seja através do encantamento do mesmo ou calor humano no relacionamento com o cliente de saúde. A questão que impulsiona o comportamento das pessoas para uma atitude de hospitalidade na realidade origina no questionamento se existe um pensamento cultural da missão por parte dos seus gestores. Caso haja, existe também uma unidade na forma de se relacionar com o cliente e entre os próprios colegas de trabalho. As atitudes da alta gestão tendem a ser replicadas por seus gerentes e então seguidas por toda a equipe operacional, fazendo com que de fato, a missão, neste caso a hospitalidade ao cliente, seja aplicada. Há uma quantidade grande de hospitais que poderiam ser relacionados, mas para efeito de exemplificar, de um universo de aproximadamente 800 hospitais particulares no estado de São Paulo (IBGE, 2000), relacionou-se aqueles que estão situados na Grande São Paulo e descrevem em sua missão a intenção de humanizar o atendimento ou atender o cliente com algum diferencial. Para atender a coerência metodológica, todos estão inseridos em um grande centro urbano e praticam hotelaria para diferentes tipos de públicos. As missões foram coletadas dos seus sites eletrônicos em novembro de 2005.

Missão do Hospital Nove de Julho – novembro de 2006

Ser referência nacional no atendimento ao paciente de alta complexidade. Somos um hospital geral, clínico e cirúrgico, com foco na excelência do atendimento, eficiência operacional e alta resolutividade. A ética, a melhoria contínua e o atendimento ao

próximo com calor humano são valores consolidados na cultura do Hospital 9 de Julho e norteiam nossas ações de todos os dias.
www.h9j.com.br

Missão do Hospital Israelita Albert Einstein – novembro de 2006

Oferecer a mais avançada e inovadora atenção à saúde, com crescente humanização dos serviços e dentro dos mais altos padrões científicos e tecnológicos, visando a contínua melhoria da qualidade de vida. www.einstein.br

Missão do Hospital e Maternidade Brasil – novembro de 2006

Somos uma empresa privada que tem por finalidade promover a saúde e prestar serviços médico-hospitalares aos clientes particulares e de planos de saúde, na região do ABC.

Nossos colaboradores exercem suas atividades de acordo com os valores e políticas, visando o encantamento dos clientes.
www.hospitalbrasil.com.br

Missão do Hospital São Luiz – novembro de 2006

O nosso compromisso é atingir e superar as expectativas dos clientes, garantindo sua total satisfação, fazendo do São Luiz sinônimo de excelência em serviços hospitalares.
www.saoluiz.com.br

Missão do Hospital Samaritano – novembro de 2006

Excelência na assistência à saúde, com atendimento humanizado e compromisso social. www.samaritano.com.br

Missão do Hospital Santa Virginia – novembro de 2006

Oferecer serviços de saúde com excelência, atendimento altamente especializado e humanizado, reabilitando e preservando o bem estar do cliente como um todo. www.hsv.org.br

De certa forma, estes hospitais referem-se à hospitalidade no tratamento ao cliente incluindo alguns dos seguintes termos: “atendimento ao cliente”, “humanização”, “calor humano” ou “encantamento”. Embora todas estas empresas tenham a intenção de prestar um serviço de qualidade ao cliente, necessitam além de descrever a missão, relacioná-la com a estratégia, sendo parte de um programa maior de entendimento de todo o grupo sobre seu significado. Ter apenas a intenção na missão da empresa não fará de fato a hospitalidade existir, apenas demonstrará uma preocupação da administração da empresa com este tema. Claro que neste novo modelo de gestão que esta sendo pesquisado, a missão deve obrigatoriamente

contemplar a hospitalidade. Este é um fator imprescindível para que todas as pessoas da organização tenham uma direção a seguir e seus clientes compreendam como a empresa deseja ser vista pelo mercado consumidor.

Para que fosse possível a compreensão dos vários aspectos ligados a esta hospitalidade existente nos hospitais, a pesquisa foi realizada e dividida em duas fases:

Estudo exploratório: composto de levantamento bibliográfico com ênfase na busca de trabalhos de pesquisa que tenham gerado discussões sobre o tema, procurando identificar os estudos mais recentes que tratem do assunto direta ou indiretamente. Também foram motivos de atenção as publicações sobre Hotelaria Hospitalar, Gestão em Serviços, Hospitalidade e Marketing de Relacionamento, no intuito de trazer o necessário embasamento teórico.

A Pesquisa de Campo foi realizada em dois hospitais particulares de grande porte no município de São Paulo, com elementos de hotelaria hospitalar em desenvolvimento entre as datas 15 de novembro de 2005 e 15 de novembro de 2006 de forma participante. “Os observadores participantes normalmente vêm ao campo para períodos mais longos” (FLICK, 2004, p. 69). Durante o período de pesquisa, o acesso às pessoas foi bastante intenso e a observação das evoluções (mês a mês) estavam sendo medidas e compartilhadas com os principais participantes.

Na pesquisa qualitativa, o papel do pesquisador é de especial importância. Os pesquisadores e suas competências comunicativas constituem o principal “instrumento” de coleta de dados e de cognição, não podendo, por isso, adotar um papel neutro no campo e em seus contatos com as pessoas a serem entrevistadas ou observadas (FLICK, 2004, p. 70).

Neste sentido, mediu-se uma série de dados como as taxas de ocupação, a quantidade de altas realizadas, o tempo entre a chegada do paciente e o início da cirurgia, visando compreender as causas das principais insatisfações do cliente e os efeitos gerados pela empresa na gestão destes serviços. Foi observado o fluxo de atendimento ao cliente, mensurando os tempos de cada processo, entre a chegada do paciente, seu atendimento na recepção, sua internação, hospedagem e finalmente sua alta, considerando os aspectos de hospitalidade comercial e humanização inserida nos atendimentos e as deficiências detectadas nos processos. O resultado desta observação encontra-se detalhado nos capítulos dois e três.

O primeiro capítulo, que recebe o título de “O complexo contexto do segmento de saúde no Brasil” pretende demonstrar quais as razões históricas do afastamento

da medicina da sociedade que criou a complicada situação que temos hoje neste mercado e suas respectivas conseqüências. Demonstra o papel de cada um, considerando as operadoras, a responsabilidade dos hospitais e do médico frente à satisfação do cliente. Também a conseqüente reação do consumidor frente às condições do mercado atual. Outro aspecto fundamental para dar consistência a lógica desta pesquisa foi a divisão da área da saúde em quatro grandes dimensões distintas que serão, portanto apresentadas.

As constatações da pesquisa realizada em campo são apresentadas no segundo capítulo, intitulado “Um modelo de gestão adequado a um novo cenário da saúde”. Uma análise das mais freqüentes insatisfações dos clientes e as intersecções entre o papel do médico e do administrador no modelo hoje praticado é realizada com o objetivo de compreender a influência da cultura organizacional no modelo existente. O conseqüente impacto na gestão de leitos (após a hospitalidade inserida no modelo existente nos hospitais investigados) é também analisado. Pretende demonstrar que neste novo modelo pode ser possível minimizar os impactos, considerando um novo entendimento do negócio, compreendendo a hospitalidade hospitalar como parte que deriva da estratégia e não simplesmente responde pela eficiência dos setores e serviços de apoio.

A fim de possibilitar a compreensão do impacto dos serviços de hotelaria, considerando o perfil do consumidor e do colaborador desta área (prestadores de serviços e funcionários de empresas terceirizadas), o terceiro capítulo aborda a influência das pessoas na organização. Também apresenta o resultado da pesquisa realizada nos dois hospitais quanto ao relacionamento entre as pessoas observadas nos serviços prestados.

CAPÍTULO 1 - O COMPLEXO CONTEXTO DO SEGMENTO DE SAÚDE NO BRASIL

Você é importante porque você é você
 Você é importante até o último momento de sua vida
 E nós faremos tudo o que pudermos
 Não só para ajudá-lo a morrer em paz
 Mas para viver até morrer.

Cicely Saunders

1.1 AS QUATRO DIMENSÕES DA SAÚDE E OS HOSPITAIS

Considerando que a hospitalidade que encontramos em uma Instituição de Saúde possui características da hospitalidade comercial e social, necessariamente para pesquisar esta dinâmica, temos que conhecê-las individualmente, pois em alguns momentos elas se fundem, tornando híbrido o gerenciamento de experiências em hospitalidade. Lashley (2004) discorre sobre a sociedade e a hospitalidade em três distintos domínios: social, privado e comercial, conforme podemos observar na figura 1:

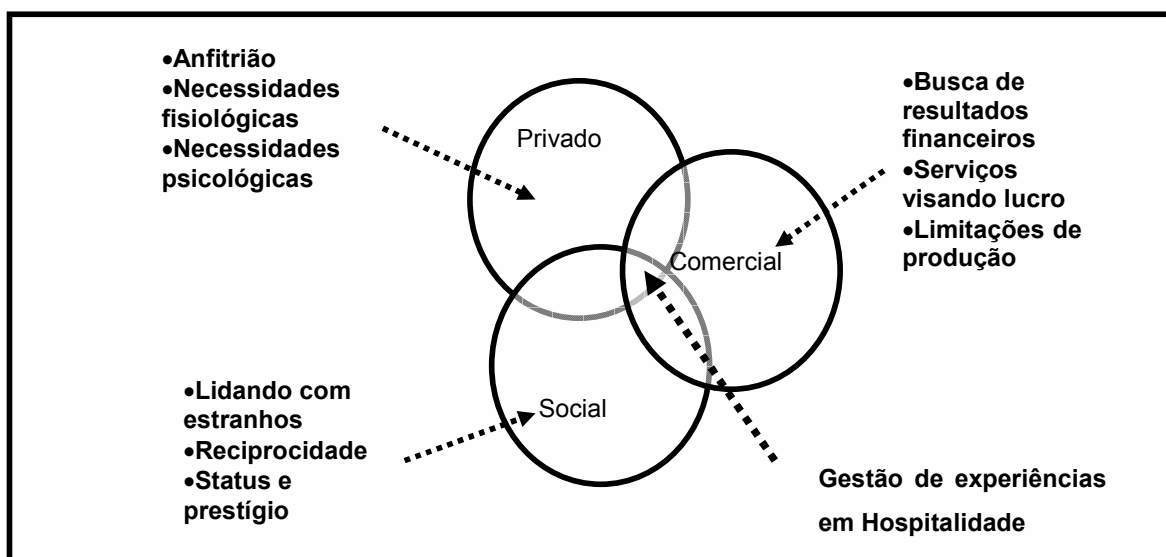


Figura 1: Atividades de Hospitalidade

Fonte: Lashley (2004, p. 6)

A definição de Gotman (2001, p. 493) ajuda na compreensão, “a hospitalidade é um processo de agregação do outro à comunidade e a inhospitalidade é o processo inverso”.

Ao pesquisarmos a hospitalidade em Instituições de Saúde, invariavelmente estaremos pesquisando o tema denominado como Hotelaria Hospitalar. Porém, podemos compreender que existem duas abordagens distintas desta hotelaria hospitalar. A mais comumente encontrada é o Gerenciamento dos Serviços de Apoio (conhecido também como Facilities) por meio de um Departamento de Hotelaria, englobando os setores de atendimento aos clientes. Porém, também pode ser compreendida como um conceito ligado à humanização do atendimento ao cliente de saúde (pacientes, acompanhantes e familiares) por todo o corpo de profissionais da Instituição de Saúde, onde podemos encontrar um relacionamento “além do contrato” entre “cuidador” e paciente, fazendo manifestar a dádiva. A hospitalidade hospitalar mescla, portanto, ações de humanização e de hospitalidade social com ações mercadológicas típicas da hospitalidade comercial. Na figura abaixo podemos encontrar a intersecção da hospitalidade comercial com a hospitalidade social e a humanização. Nela pode-se entender a existência de um departamento de hotelaria hospitalar que abrange a administração dos serviços de apoio e está ligado à eficácia operacional e não obrigatoriamente aos aspectos de hospitalidade e humanização. O sofisma existe no pensamento que a hospitalidade deve ser praticada pelo departamento de hotelaria hospitalar, não levando em conta a importância das equipes assistenciais na interação com o cliente.

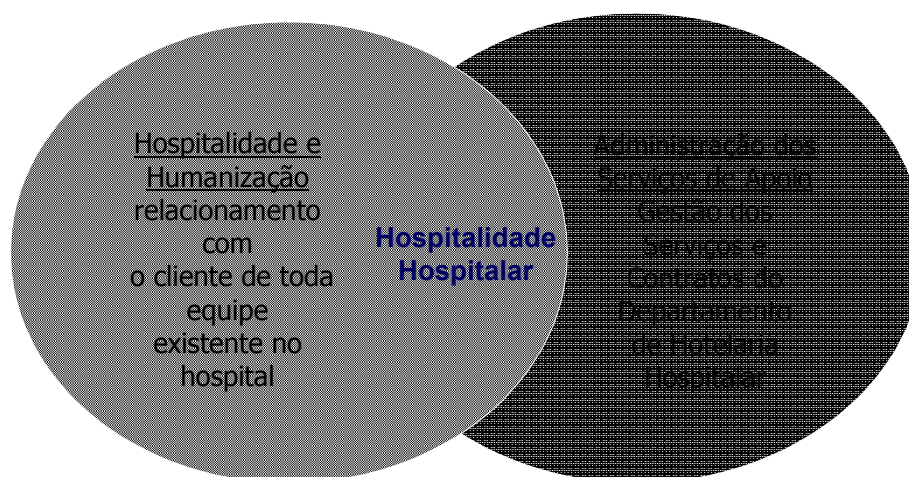


Figura 2: Composição da Hospitalidade Hospitalar

Fonte: Elaborado pelo autor

Toda questão gira em torno do paciente, onde o atendimento e as facilidades encontradas pelas empresas para seu melhor atendimento o tornaram o objeto de estudo da presente pesquisa. Houaiss (2001, p. 325), define paciente como: 1. Que tem paciência. 2. Pessoa doente sob cuidados médicos / tratamento.

Nesta pesquisa, pretende-se evitar o uso da palavra “paciente” para não restringir o grupo maior, que chamaremos de clientes, são eles: os acompanhantes, os visitantes, familiares, médicos, entre outros, diretamente ligados à existência do paciente.

Taraboulsi (2003, p. 20) define o termo cliente para a área da saúde como sendo:

Toda e qualquer pessoa que entra em contato com o hospital para adquirir serviço médico-hospitalar, ou simplesmente solicitar uma informação. Ela é um ser humano que quer atenção, respeito e qualidade.

De qualquer forma, esta outra abordagem visa facilitar a cura, melhorar a angústia durante os dias de internação, prover uma morte digna nos casos extremos, onde nada clinicamente possa mais ser feito, gerenciar a experiência vivida dentro do hospital fornecendo ao paciente e familiar uma atmosfera de apoio emocional, segurança e bem estar.

Muitas críticas são feitas à atual situação que o setor da saúde em geral atravessa e da falta de cuidado da equipe de saúde em relação ao contato com o cliente. Mesmo na área privada, os hospitais carregam, no senso comum, a fama de serem empresas frias e de suas equipes atuarem de forma pouco humana, com quantidade de pessoas insuficiente, focadas na doença e não no doente. Existem dois sofismas que atrapalham um melhor entendimento. O primeiro é que a hotelaria hospitalar (pelo próprio mau entendimento de sua terminologia) é comparada a uma atividade supérflua. O segundo é de que empresas que prestam serviços de saúde são entendidas muitas vezes, unicamente como prestadoras de serviços de filantropia, com atendimento gratuito, onde não conseguem ser analisadas como empresas comerciais que consumam e gerem recursos.

O sistema de valores que se desenvolveu durante os séculos XVII e XVIII substituiu gradualmente um conjunto coerente de valores e atitudes medievais – a crença na sacralidade do mundo natural, as restrições morais e a convicção de que o lucro e o enriquecimento pessoal deveriam ser desencorajados (CAPRA, 1982, p.186).

Podemos analisar através da história dos hospitais muitas similaridades e coincidências históricas das formas de exclusão e da falta de equidade no acesso à saúde.

Primeiramente, não se pode deixar de mencionar que os hospitais foram constituídos como um lugar para atender justamente pessoas que estavam excluídas da sociedade. Os hospitais eram locais exclusivos de tratamento apenas religioso e espiritual, comandados por congregações e regidos através dos dogmas que estes religiosos entendiam como certo. O sofrimento (psicológico) e a dor (físico) eram entendidos como problemas distintos e até pela falta de conhecimento das doenças, o primeiro era mais priorizado que o segundo.

No século IV, surgiram hospitais como fundações devotas, em geral ligadas às ordens religiosas que se dedicavam a servir a Deus e aos homens.

Era mais importante garantir que os cristãos morressem em estado de graça, depois de confessarem e receberem os sacramentos, do que tentar heróicos tratamentos médicos [...] No século XVII, o hospital despontava como uma instituição destinada a abrigar e confinar mendigos, órfãos, vagabundos, prostitutas e ladrões, ao lado de doentes e de loucos pobres. Atendiam às necessidades médicas básicas [...] No século XVIII, os hospitais contavam com grandes problemas, muitos, inclusive Florence Nightingale, quiseram que os hospitais fossem transferidos para o interior. Diante de tamanhos problemas os hospitais continuaram tipicamente reservados aos pobres; os ricos optavam por se tratar em casa. Até então, não havia procedimentos médicos que fossem exclusivamente hospitalares: podia-se ser operado na mesa da cozinha, assim como se dava à luz em casa. (PORTER, R., 2004, p. 168 e 173)

A Irmã Anália Jabur Salomão², diretora do Hospital São Vicente de Paulo no Rio de Janeiro, afirmou:

Hoje, os hospitais estão focados na dor e pouco no sofrimento. No passado, pela própria falta de conhecimento da medicina era o contrário. Pessoas de baixa renda eram objeto da dedicação dos cuidadores dos hospitais. Temos uma dívida impagável para com os pobres e mendigos, pois é com eles que tradicionalmente os muitos profissionais de saúde aprendem e testam seus medicamentos e técnicas para então escolherem suas melhores práticas a ser usado para as camadas socialmente mais privilegiadas.

O ponto de partida da evolução do conceito de saúde foi a famosa definição apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946: “A Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e enfermidade”. Hoje, a saúde tende a ser vista sob vários aspectos,

² Informação verbal, em palestra realizada durante a Jornada Multidisciplinar de Saúde, no Rio de Janeiro em dezembro de 2005

dependendo do peso que, em determinada concepção antropológica, seja atribuído a uma ou outra das quatro dimensões que a constituem um bem humano. Segundo Sgreccia (1986, p. 22 apud PESSINI, 2000, p. 440) são as dimensões orgânicas, psicológicas, sócio ambiental e espiritual. Nem sempre a compreensão abrange os quatro campos, sendo que, invariavelmente, busca-se a cura através da dimensão orgânica unicamente.

A divisão cartesiana entre matéria e mente teve um efeito profundo sobre o pensamento ocidental. Ela nos ensinou a conhecermos a nós mesmos como egos isolados existentes dentro dos nossos corpos; levou-nos a atribuir ao trabalho mental um valor superior ao do trabalho manual; habilitou indústrias gigantescas a venderem produtos – especialmente para as mulheres – que nos proporcionem o “corpo ideal”; impediu os médicos de considerarem seriamente a dimensão psicológica das doenças e os psicoterapeutas de lidarem com o corpo de seus pacientes. Nas ciências humanas, a divisão cartesiana redundou em interminável confusão acerca da relação entre mente e cérebro; e na física, tornou extremamente difícil aos fundadores da teoria quântica interpretar as suas observações dos fenômenos atômicos. Segundo Heisenberg, que se debateu com o problema durante muitos anos, essa divisão penetrou profundamente no espírito humano nos três séculos que se seguiram a Descartes, e levará muito tempo para que seja substituída por uma atitude realmente diferente em face do problema da realidade (CAPRA, 1982, p. 55).

As dimensões destacadas anteriormente por Sgreccia (1986) facilitam a compreensão quanto aos vários estados de um paciente. Ao ampliar seu entendimento pode-se compreender mais facilmente a importância de cada uma delas:

1.1.1 A dimensão orgânica da saúde

A dimensão orgânica da saúde considera apenas o bom ou mau funcionamento biológico do doente. Esta é a visão mais simplista da saúde e, infelizmente, a mais difundida no ocidente. Equivale, portanto, apenas ao eficiente funcionamento biológico. Há a necessidade da confiança da saúde ao médico e à instituição de saúde, dependência dos outros e tendência a certa passividade frente ao médico a quem cabe indicar o tratamento eficiente para a recuperação de acordo com seus conhecimentos técnicos e científicos. A virtude do paciente será precisamente a paciência. Esta atitude favorece um evidente paternalismo médico

muito difundido e a isenção de responsabilidade da pessoa frente ao binômio saúde-doença. “A confiança do paciente no médico, essencial para a cura, podia ser conquistada mediante uma conduta adequada junto ao leito e o domínio do prognóstico, arte que exigia observação, lógica e experiência” (PORTER, R., 2004, p. 50).

Nesta esfera, o paciente acaba sendo reduzido ao órgão doente. Desde que se cure, não importa a forma de abordagem ao cliente. Ou seja, neste pensamento, o fim justifica os meios. O paciente pouco participa de decisões e sua opinião não é levada em consideração.

Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é a uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões (BOFF, 2004, p.143).

Machado (2006, p. 270) por meio de publicação de sua pesquisa realizada em Pronto Socorro, revelou o quanto este modelo é frequente nas Instituições de Saúde, demonstrando através de uma série de entrevistas a médicos e pacientes, a falta de hospitalidade na relação entre estas duas partes, onde o indivíduo doente é secundário e sua fala dispensável.

O modelo de relação médico-paciente, que se faz em contraponto ao da circulação das dádivas, é o da primazia do olhar médico sobre o corpo doente, olhar que supõe uma interação entre médicos e pacientes, onde a fala do paciente é somente requerida em termos minimalistas. Este modelo é acionado especialmente pelos médicos e outros profissionais de saúde, mas dificilmente pelos usuários.

1.1.2 A dimensão psicológica da saúde

A psicologia não é reconhecida como um ramo da medicina. Independente de conceitos, o cliente de saúde está emocionalmente comprometido e ao buscar um hospital, suas atitudes serão derivadas deste estado de ânimo. Ao considerarmos a dimensão psicológica da saúde, estamos considerando que o paciente entra com uma participação decididamente mais ativa na promoção da própria saúde, quer seja no que diz respeito a seu bem estar psíquico, quer seja pelas deliberações médicas

que o esperam. A experiência emocional do sujeito tornou-se fator primordial na avaliação do seu estado de saúde. Tem maior liberdade de questionar com o médico o tratamento mais adequado para si, estabelecendo metas para sua própria saúde. Desta forma, o doente não se entrega mais passivamente ao médico; ele quer ser informado e poder decidir. “Quanto mais esta dimensão psicológica se torna critério único na valorização da saúde, o consentimento do doente se torna sempre o critério único que justifica qualquer intervenção médica.” (ENGELHARDT, 1991, p. 40). Infelizmente as Instituições de saúde não são motivadas a tratar a questão psicológica de forma adequada, não somente pelo ceticismo quanto à relevância do tema, como também pela impossibilidade de disponibilizar psicólogos ao cliente. O acesso ao serviço dificilmente encontra-se coberto pelo plano de saúde, independente do *status* do mesmo, mesmo assim, a maioria dos hospitais mantém este serviço de forma ambulatorial com pagamento particular.

Conforme Boff (2004, p. 145): “Alguém fisicamente doente em sua cama de hospital sente-se muitas vezes, mais aliviado com a visita da netinha querida do que com o remédio receitado”.

A sua condição psicológica, portanto, favorece ou não a evolução do quadro clínico. Os seus relacionamentos com as pessoas do hospital, colaboram com seu estado emocional. Esta crença reforça novamente a definição citada pela OMS, em que a saúde não é simplesmente a ausência da doença. Frankl (1974), em uma de suas obras, comenta sobre um diálogo que manteve com um velho médico, amigo seu:

Tive um diálogo socrático improvisado com um velho médico que veio me procurar: - Há dois anos que minha esposa faleceu; amava-a sobre todas as coisas e ainda não consegui superar esta perda. Bem sei que o senhor também não me pode ajudar e muito menos ressuscitar a minha mulher. Pois receitar-me um calmante, isso até eu posso fazer.

Respondi-lhe simplesmente:

- Caro colega, diga-me apenas o seguinte: que teria acontecido se, em vez dela, tivesse sido o senhor a falecer primeiro? – Isso teria sido horrível para ela. Teria sofrido muito. Acrescentei: - Como o senhor vê, essa dor foi poupada a sua esposa e foi o senhor que a protegeu do sofrimento, mas a este preço: agora tem de chorá-la e sofrer com sua ausência. Aquilo foi para ele um giro copernicano. Naquele momento, o seu sofrimento passou a ter um sentido: o sentido de um sacrifício (FRANKL, 1974, p. 40).

Pois conversar com as pessoas que estão em sofrimento pode ser para estas, de grande valor psicológico, seja com o paciente ou com o acompanhante e familiar.

Está é uma prova de hospitalidade para com aqueles que estão passando por um momento de vulnerabilidade e que atinge resultados incríveis, em que a atitude é desprovida de valor comercial, tornando-se irremunerável. Este sentimento impacta não somente quem recebe, mas também aquele que pratica a dádiva. Portanto, quando se aborda a dimensão psicológica, não devemos limitar o entendimento somente na existência de um profissional com formação em psicologia para ajudar familiares e pacientes. Todo o diálogo existente no cenário de uma Instituição de Saúde, envolvendo profissionais e clientes de saúde têm impacto psicológico em ambos os lados.

1.1.3 A dimensão sócio ambiental da saúde

A dimensão sócio ambiental da saúde refere-se à condição sociorrelacional da saúde (SGRECCIA, 1986, p. 84-85 apud PESSINI, 2000, p. 440). Ou seja, as condições de trabalho, a alimentação, a capacidade relacional do indivíduo, assim como o ambiente familiar, são elementos determinantes que asseguram vida sadia para a pessoa.

Para conhecer a saúde e a doença é necessário estudar o Homem em seu estado normal e em relação ao meio em que vive pesquisar ao mesmo tempo, as causas que perturbaram o equilíbrio entre ele e o meio exterior e social (Hipócrates, 460 - 370 a.C.).

Devemos nos lembrar que hotéis e hospitais originaram-se do mesmo tipo de empreendimento: albergues que abrigavam viajantes, peregrinos e enfermos. Ambos possuem estruturas físicas muito parecidas entre si.

Que quarto simpático! Num lugar destes dá prazer passar algumas semanas... A sala do restaurante era clara, elegante e confortável. Estava situada logo à direita do vestibulo, à frente dos salões e era freqüentada principalmente pelos hóspedes recém-chegados ou por quem tinha visitas. Mas também aniversários e partidas iminentes eram festejados ali, assim como os resultados favoráveis de exames gerais. "Seja bem-vindo!" – disse o médico – Espero que o senhor se aclimate rapidamente e se sinta bem em nosso meio. Permita-me a pergunta: veio como paciente? (MANN, 1980, p. 22)

O homem é refem do meio em que habita e isso interfere de forma direta em sua saúde. Desta forma, o homem afeta o meio ambiente assim como o meio

ambiente o afeta. À medida com que os seres humanos colonizaram o planeta Terra, eles mesmos foram colonizados por agentes patogênicos.

Entre estes, se incluíram vermes e insetos parasitários (pulgas, carrapatos e artrópodes) e também microorganismos como bactérias, vírus e protozoários, cujos índices ultra-rápidos de reprodução produzem doenças graves no hospedeiro (PORTER, R., 2004, p. 17).

Hoje, pode-se perceber o quanto a questão ambiental pode interferir na saúde do homem, e desde questões sanitárias assim como hábitos étnicos ou religiosos podem ter efeito sobre a saúde da população.

A questão ambiental, ecológica e mesmo a arquitetônica em que o paciente vivencia, enquanto cliente de um hospital deve ser levada em conta ao avaliarmos esta dimensão.

Neste sentido, existe o chamado *Healing Environments* que trata do ambiente saudável (que cura). Muitos estudos que tratam deste assunto trazem o conceito da distração positiva do paciente enquanto internado. Ou pelo menos do controle da distração negativa, mesmo em procedimentos sem internação como em sessões de quimioterapia ou hemodiálise. A diminuição do estresse do paciente pode ser levada em consideração como a redução de ruídos (caminhão de lixo, caminhão de oxigênio, equipe de higiene, ou através de mobiliário mais adequado considerando a ergonomia necessária). Ou seja, fazer o cliente sentir-se acolhido, recebido, aceito, considerado, abrigado, amparado, protegido e respeitado no Hospital, evitando que sua hospitalização signifique uma exclusão da sua vida diária.

Um dos poucos estudos sobre a influência do ambiente no tratamento médico foi feito na década de 80, pela Universidade de Delaware, nos Estados Unidos. Médicos avaliaram 46 pacientes com idade de 20 a 69 anos no Hospital da Pensilvânia. Eles estavam no pós-operatório de colecistectomia - cirurgia de vesícula.

Metade ficou internada em quartos com vista para um parque, metade para uma parede de tijolos. Além de tomar menos remédio para a dor, os pacientes do primeiro grupo receberam alta um dia antes. Coincidência ou não, o trabalho representa bem com o que as clínicas estão finalmente se preocupando: perder a cara de clínica (LOPES, A., 2006, p. 4).

Ou seja, quanto menor for o impacto da retirada deste paciente da sua rotina, quanto mais próximo conseguir criar um ambiente parecido com seu habitat, mais próximo estaremos de sua satisfação.

1.1.4 A dimensão espiritual da saúde

Está presente na memória ancestral da humanidade a consciência de que ao se hospedar um estranho, um peregrino e um desconhecido se está hospedando Deus. A hospitalidade possui, portanto, uma sacralidade intrínseca (BOFF, 2005, p. 148).

Os valores que dão apoio à própria vida são fatores determinantes para a prevenção eficaz e da forma que se dará o enfrentamento da doença. Hoje, percebe-se no horizonte da humanidade, um cansaço da religião entendida enquanto doutrina, instituição, norma e dogma. Por outro lado, existe uma grande busca por espiritualidade, que vai ao encontro dos anseios que dão sentido à existência humana. Aqui encontramos explicações à busca por mágicas, benzedeadas, milagres e simpatias, que por falta da proximidade da medicina e da igreja formal, pessoas (quanto mais excluídas, por não encontrar apoio dos hospitais, buscam esta forma de auxílio) buscam apoio em idéias e crenças que podem lhe trazer maior esperança e conforto.

Com a cristianização do Império Romano, a medicina e a religião superpuseram-se, fundiram-se e, vez por outra, entraram em choque. Alguns dos primeiros padres da igreja condenaram a medicina pagã e, durante muito tempo, foi uma chacota espirituosa dizer que ubi tre physici, due athei (onde há três médicos, há dois ateus) (PORTER, R., 2004, p. 50).

No início da história dos hospitais, prostitutas, bandidos e mendigos eram os principais “clientes” destas instituições nesta época, pois gente “de bem” era tratada em suas casas, com seus próprios médicos da família. Roy Porter (2004) demonstra que o atendimento ao cliente nesta época estava diretamente ligado aos princípios religiosos de cada dogma, nem um pouco ligado aos fatores comerciais.

Saúde e salvação são termos originais, nascidos de um mesmo conceito e divididos muito mais tarde. As religiões procuram salvar o ser humano na sua totalidade física, psicológica e espiritual. Os hospitais carregam até hoje, no senso comum, a imagem que devem ter a obrigação de prestar atendimento gratuito e que a lucratividade associada ao cuidar seria uma profanação da sua missão desassociando os hospitais de poderem ser empresas comerciais.

Apenas nos últimos cem anos, pôde ser verificada uma maior evolução no campo da saúde, através principalmente da alta tecnologia e de uma maior maturidade do consumidor e com isso, o início de uma mudança no comportamento da sociedade em enxergar os hospitais como uma empresa comercial prestadora de serviços.

A lógica de um passado não muito recente, mais precisamente no início do século XX, fez com que diversos hospitais fossem construídos ao lado de cemitérios e cemitérios ao lado de hospitais. Muitos destes hospitais, em funcionamento nos dias atuais, criam diversas condições em não associar a imagem da morte com a do hospital. Os gestores vêm buscando cada vez mais associar a imagem do hospital à saúde, à vida, à tecnologia e à pesquisa ou ensino.

A lógica do passado concebia a saúde como resultado de uma intervenção médica. Hoje, a saúde é considerada como manutenção do bem-estar físico, psíquico e social da pessoa. A atenção da intervenção médica deslocou-se para a prevenção da doença, entendida como esforço de identificar e eliminar as causas, ou pelo menos, reduzir os riscos de incidência. “Houve uma reviravolta de perspectiva quanto ao ontem, quando tudo girava em torno do doente a ser curado e da doença a ser combatida” (CICCONE, 1986 p. 12).

Porém, muitos hospitais que estavam cada vez mais em sintonia com as causas teológicas, onde tratar de pobres era a missão de Instituições Religiosas, patrocinadas por diversas congregações ao redor do mundo, iniciaram um processo de incremento de auto-sustentação financeira em suas organizações, ou seja, um modelo de gestão que contemplasse o atendimento de classes sociais com médio e alto poder aquisitivo, segmentando seus clientes de forma comercial, baseando-se em seu poder de compra. Passada a fase da gestão dos padres e freiras (década de 1960), muitos médicos construíram seus próprios hospitais (década de 1980) e a partir de então, assistimos a migração do modelo de gestão, onde os gestores (religiosos e médicos) tornaram-se especialistas em administração de hospitais, ou contrataram administradores profissionais para gerir a empresa, muitas vezes, em sistema de parceria. No início do século passado, o atendimento gratuito (tanto pelo médico quanto pelos religiosos) podia ter vários estímulos, onde os próprios médicos (muitos imigrantes) usavam esta técnica para iniciar uma clientela; como podemos verificar no texto abaixo:

De uma forma geral, considerando-se que começavam a trabalhar mesmo antes da revalidação de seus diplomas, os médicos ao chegarem, tinham como opção a instalação de um consultório próprio ou com um colega italiano já instalado. Dado o caráter domiciliar da medicina no período estudado, a maioria dos médicos, com exceção dos professores e pesquisadores, dedicava-se aos seus consultórios e atendiam a domicílio como médicos particulares e nas clínicas e hospitais. No caso dos italianos, era comum o atendimento gratuito aos pobres, sobretudo dentro da própria colônia. Aliás, uma característica do caráter inicial do médico na Itália era fazer uma clientela a partir do atendimento inicial gratuito. Era essa também uma característica do atendimento hospitalar. Era comum, no hospital Umberto I, na Beneficência Portuguesa e nos Hospitais do Circolo Italiano, no interior e mesmo nas Santas Casas, a presença de profissionais em início de carreira, prestando atendimento gratuito ou benemérito (SALLES, 1997, p. 102-3).

Ou seja, tanto os hospitais como os médicos, nesta época, estavam estimulados a atender seus clientes de forma benemerita e filantrópica. A ação do governo em tutelar a saúde, veio a separar os tipos de clientes, segmentando também os interesses comerciais e sociais.

Roy Porter (2004) e Capra (1982) fazem duras críticas ao sistema adotado atualmente, colocando o médico como parte de uma engrenagem comercial, comandado por interesses utilitaristas de laboratórios, operadoras e indústrias farmacêuticas.

O hospital deixou de ser acusado de portal da morte, passando a ser denunciado como uma fábrica médica fria, anônima, perdulária e ineficiente, que exerce a medicina como a medicina o exige e não conforme a necessidade do paciente (PORTER, R., 2004, p.184).

1.2 AS ATUAIS TENDÊNCIAS DO SETOR DE SAÚDE

Abordaremos algumas tendências relevantes deste mercado, como o atendimento público, à “terceira idade”, a descoberta da “estética e o turismo de saúde” e a revolução sobre a “comida de hospital”.

1.2.1 Serviços de hotelaria no sistema público

Hoje, no senso comum, a imagem que a sociedade tem, é que o sistema público está na sua maior parte decadente e deficitária, prestando serviços de baixa qualidade e o particular ampliando seus hospitais e praticando serviços cada vez melhores, para um público restrito, onde o luxo em suas instalações reflete o lucro do negócio.

A questão é bem mais complexa. Um sistema de gestão mais arrojado e moderno pode fazer com que hospitais do sistema público possam ter excelentes serviços e hospitais particulares com um modelo de gestão obsoleto, possam praticar serviços de baixa qualidade.

Infelizmente, o sistema público necessita de recursos, mas existem casos interessantes de hospitais públicos com excelentes resultados em serviços, onde o nível de satisfação do cliente pode estar à frente de determinados hospitais particulares. Não é o objetivo nem escopo desta pesquisa analisar os hospitais públicos, mas ainda assim merecem algum destaque, pois uma vez que se estudam os modelos de gestão, podemos tirar diversas conclusões sobre o impacto que uma boa gestão pode ter no resultado dos serviços prestados, ainda que sem recursos financeiros adequados. Este fato pode nos demonstrar que o bom atendimento ao cliente está mais ligado a um conjunto de condições entre a forma dos gestores perceberem os hospitais do que somente recursos financeiros.

Curto (2004, p. C1) relata casos em que os próprios clientes reconheceram os bons serviços prestados por diversos hospitais públicos. A Santa Casa de São José dos Campos também é um bom exemplo da interferência de uma boa gestão no resultado dos serviços prestados. O hospital utiliza-se do *Balanced Scorecard*, tem práticas de gestão superiores a diversos hospitais e seus indicadores são compatíveis às melhores práticas do mercado. O hospital também foi objeto de visita durante o período de pesquisa.

Um sistema de gestão está ligado à qualidade de seus serviços e produtos em que a segmentação de seu mercado é uma consequência. Conforme Asmussen (1997, p. 4), o mercado de hotelaria convencional tinha na década de 1980, em São Paulo, a idéia de que a hospitalidade comercial estava diretamente relacionada ao poder de compra do hóspede. Muitos gestores de hospitais pensam de forma similar hoje. Ou seja, de que hospitais que oferecem serviços para um público de maior poder aquisitivo terão obrigatoriamente serviços de melhor qualidade. Enquanto que,

na realidade, o que interfere é se o modelo de gestão considera o paciente como cliente e se existe uma forma da hospitalidade interferir nos processos de atendimento ao cliente, alterando seus processos e sua resolutividade.

Os gestores de meios de hospedagem devem estar atentos às mudanças que ocorrem em seus mercados. Os hotéis, na década de 1980, não perceberam a movimentação em seu segmento e ainda gozando de altas taxas de ocupação, deveriam ter construído um modelo de gestão competitivo a fim de competir com a oferta das novas unidades habitacionais vinda das redes internacionais.

Na década de 1980, os hotéis tiveram que mudar o enfoque de suas estratégias, com a simples redução de pessoal. As contínuas inovações tecnológicas começaram a ser assimiladas pelo setor, ocorrendo transformações mais estruturais porque mudaram também as expectativas e interesses dos clientes.

Dados da OMT mostraram que em 1996 existiam, no mundo, 26 milhões de camas de hotel. Entre 1980 e 1996, a capacidade mundial de alojamentos, expressa em número de camas, aumentou em 58 % (VALDEZ, 2003, p. 121).

Aqueles gestores que não perceberam esta tendência, acabaram sendo ultrapassados por seus concorrentes. Muitos administradores de hotéis, depois de perceber que a tendência havia se confirmado, passaram a mudar suas estratégias para então poderem competir com esta nova realidade.

“A gestão da administração hoteleira carece urgentemente de recuperar tempo” (RIBEIRO; ZOCOLER, 2005, p. XI). Os gestores dos hospitais também devem se ater a esta movimentação no mercado de saúde e construir um modelo de gestão que possibilite prever e enxergar o mercado de amanhã enquanto ainda suas taxas médias de ocupação anual são próximas a 80%, conforme o gráfico abaixo demonstra:

Taxa de Ocupação Hospitalar

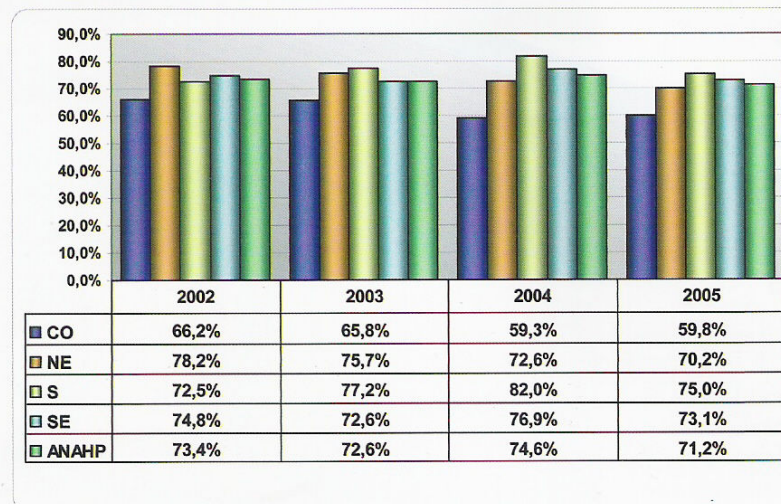


Gráfico1 : Evolução da Taxa de Ocupação nos Hospitais Privados

Fonte: Sinha (2006, p. 22)

1.2.2 A terceira idade

O modelo de gestão praticado pelos hospitais não consegue considerar as tendências e alterar seus modelos e a forma com que administra os hospitais acompanhando as mudanças do mercado. Hoje, o mercado está em transformação. Um dos exemplos que se pode observar como tendência deste mercado é do aumento do público de terceira idade. Há um público emergente de terceira idade de alto poder aquisitivo em busca de residências com serviços hospitalares, chamados internacionalmente de *Hospice* e cobrados ao cliente, na cidade de São Paulo em média, um valor de R\$ 5.000,00 mensais. Este fato acaba sendo pertinente, pois conforme dados do IBGE de 2005, em vinte anos teremos o dobro de idosos no

Brasil. A aceitação deste público por serviços que contemplem um melhor atendimento se tornou uma realidade.

Para se ter uma idéia de volume de profissionais na relação médico/habitante, pode ser conhecida através da seguinte consideração feita pelo Conselho Regional de Medicina em 2004:

- No mundo: 1 médico para cada 1000 habitantes
- No Brasil: 1 médico para cada 606 habitantes
- Em São Paulo: 1 médico para cada 264 habitantes

De acordo com Sant'anna (2006, p. A34) outro dado interessante é que o Brasil só tem 600 médicos geriatras para tratar de 600 milhões de idosos (Sociedade Brasileira de Geriatria, 2005). Para que se tenha uma relação comparativa, ele também relata que nos Estados Unidos, há um geriatra para cada grupo de 4.715 idosos com mais de 65 anos. Há um universo de 149 cursos de medicina espalhados pelo Brasil, formando 9.113 novos médicos por ano.

O fator oferta e demanda torna-se preocupante neste sentido. A existência de hospitais especializados em cada um destes segmentos torna o mercado similar com o da indústria hoteleira (segmentando turistas à lazer, de executivos e eventos) por nível de serviço e luxo. Desta forma, pode-se apropriar do mesmo conceito, compreendendo que mesmo para um hospital particular para um público de classe C ou D, é possível criar serviços de hospitalidade proporcionais à remuneração deste público, tal qual a hotelaria convencional já atua, com as várias marcas (chamados de “bandeiras” de uma mesma empresa, classificando seus serviços conforme grau de requinte e tarifário).

[...] a cada dia que passa as sociedades ocidentais estão se afastando do compromisso de tutelar a saúde, e especialmente em alguns casos como: anciãos com patologias de alto custo e recém nascidos com mal-formações. Esta é a herança, talvez inevitável de certa concepção individualista e utilitarista de nossa cultura. Faz-se necessária uma transformação, uma reviravolta cultural capaz de tirar nossa sociedade do materialismo e do subjetivismo e de fazê-la redescobrir a completa verdade do homem e de sua existência (COMISSÃO de Pastoral da Saúde da Conferência Episcopal da Itália, 1990, n. 42).

Pode-se verificar através da tabela 1 e do gráfico 2, que a expectativa de vida no Brasil aumentou e que o percentual da população de terceira idade

passa por modificações. Há uma transição demográfica em marcha, verificada através de queda nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade; ocasionando mudanças na estrutura etária e na pirâmide populacional.

Tabela 1 – Expectativa de Vida e Participação do PIB na Saúde

Expectativa de Vida	Idade>60	% PIB em Saúde
Brasil: 71,7 anos	8,2	7,9%
EUA: 77 anos	16,3	14,6%
Argentina: 74 anos	13,6	8,9 %
Chile: 77 anos	10,9	5,8 %
Coréia: 76 anos	12,1	5,0 %
Japão: 85 anos	-	-

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2005)

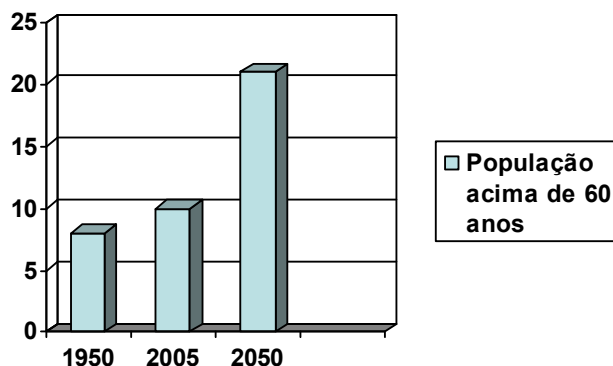


Gráfico 2 – Percentual da população mundial acima de 60 anos ao longo dos anos

Fonte: Tendências Demográficas Mundiais – Conselho de Desenvolvimento Econômico (ONU, 2005)

Tabela 2 - Gastos Médios Mensais em Saúde por Faixa Etária

Faixa Etária (anos)	Valor Médio (R\$)	Idade: 0-59 anos	60 anos
0-17	42,00		
18-29	76,00		
30-39	93,00		
40-49	105,00		
50-59	124,00	440,00	
60-69	188,00		
Acima de 70	295,00		483,00

Fonte: ANS (2005)

Na tabela 2, observa-se que os gastos com saúde à partir dos 60 anos são superiores, se somados e comparados do nascimento até os 60 anos de idade. Considerando o volume de pessoas nesta faixa etária e os custos e receitas que estes representam, o modelo de gestão deve integrar quanto cada cliente gasta na instituição em longo prazo, lembrando que a margem de resultado interfere na rentabilidade que, quando integrada na gestão, possibilita melhorar o retorno de investimento.

1.2.3 A Estética e o turismo de saúde.

Ao mesmo tempo, o mesmo observa-se em relação ao hospital-dia, realizando cirurgias minimamente invasivas, onde a busca pela estética e pela plástica percebeu um aumento de 16 % de 2004 para 2005, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. A mídia trabalha em favor da busca pelo corpo perfeito, o *diet* e o *light* são prioridades e as cirurgias bariátricas, de redução de peso, são outras tendências percebidas, onde parece aumentar cada vez mais a procura, mesmo não sendo contempladas pelos planos de saúde, pagas de forma “particular” pelo cliente. Dos dois hospitais pesquisados, seguindo uma tendência de mercado, destinaram vários de seus leitos, ao chamado “hospital-dia”, cujo objetivo é atender este grande número de clientes que irão deixar o hospital em tempo menor que 24 horas, não necessitando da diária hospitalar. Outra tendência que tem aderência às mudanças que estamos assistindo, é o turismo de saúde, que já é uma realidade para os hospitais de grande porte, com um aumento de 400% nos últimos dois anos, em São Paulo (LOPES, A., 2005, p. A26). Estrangeiros que buscam o Brasil para determinados procedimentos já representam 5% do público de determinados hospitais. A possibilidade de hospedagem em *health flats* enquanto aguardam a cirurgia, ou mesmo para familiares é mais uma opção que pode dar tranquilidade ao paciente e acompanhante. Temos exemplos no Brasil, como o Hospital Santa Catarina, com o Residencial Santa Catarina, flat ao lado do hospital, que conjuga estas duas tendências ou mesmo o Complexo Life Center em Belo

Horizonte, com um hotel da rede Parthenon / Mercure ao lado de um hospital e um shopping ligado à saúde.

No hospital da plástica no Rio de Janeiro, os estrangeiros representam 15% do total de atendimentos. A clínica de Ivo Pitanguy também no Rio, é um caso à parte. Em determinados meses, 50 % da demanda é de estrangeiros (COLLUCCI, 2003, p.23).

A procura pelo poder curativo das águas ou a visitação às grandes casas de banho ou balneários pelos romanos (FUSTER, 1979, p.15), prova que há muitos séculos o homem se desloca por motivo de saúde. Esta procura ao longo da história teve seus altos e baixos, assim como a história do turismo, que a toda guerra, tinha sua ascensão interrompida, contudo um progresso extraordinário a seguir. Hoje as razões que impulsionam um indivíduo a se deslocar para tratamento em outras localidades são diversas. Para o turismo de saúde, o deslocamento pode ser provisório (um Spa, por exemplo), medicinal (local com características peculiares, como: águas sulfurosas ou qualidade do ar), ou hospitalar. Estamos aqui, tratando deste último, que, internacionalmente, já é apropriado em hospitais nos Estados Unidos e Europa.

Nos Estados Unidos, o Hospital Johns Hopkins, que está localizado na cidade de Baltimore no estado de Maryland, é considerado pela U.S. News & World Report o melhor hospital americano há quatorze anos consecutivos e compõe a sua reputação na excelência em atendimento. Devido ao grande número de atendimento à estrangeiros, o Hospital Johns Hopkins possui profissionais que dominam 26 idiomas, além de prestar serviços extras como reservas de hotel e aluguel de carro, a custos reduzidos, promove a cultura e economia local, quando seus concierges, fazem aos seus clientes externos e acompanhantes as reservas em restaurantes, compram ingressos para shows, museus e demais atrativos turísticos da cidade (U.S. NEWS & World Report, 2005, p. 46).

O *Royal Victoria Hospital* que é outro centro de referência internacional, integra cinco hospitais e está localizado na cidade de Montreal no Canadá. É um Hospital universitário e é considerado um dos maiores centros de pesquisa em saúde da América do Norte, estando associado à Mc Gill University Health Centre. Outra instituição que atrai pessoas de todo o mundo, também por ser referência, é o *Baptist Hospital*, que está localizado em Miami na Flórida, composto por dois institutos: o *Baptist Children* e o *Baptist Cardiac and Vascular Institute*, que atende anualmente 11 mil pacientes provenientes de mais de 85 países, segundo

informação do seu Centro Internacional de atendimento, possui colaboradores que dominam 30 idiomas, além de uma equipe médica de 1800 profissionais de diversas especialidades.

Estes dados se tornam pertinentes aos dois hospitais pesquisados justamente devido ao fato dos dois hospitais brasileiros pesquisados possuírem selos de qualidade internacional, permitindo que tenham uma credibilidade ao captar clientes no exterior.

O grande apelo dos hospitais de primeira linha no terceiro mundo, é a garantia de qualidade confiada por selos desta natureza, aliando ao tratamento opções de entretenimento como, por exemplo, um hospital na África do Sul atrelando o tratamento a um safari ou um hospital no Brasil atrelando o tratamento ao carnaval. Os custos no terceiro mundo chegam a representar até metade do preço cobrado nos Estados Unidos e na Europa, tornando, desta forma seus produtos atrativos. Em junho de 2006, durante a feira Hospitalar, um acordo foi assinado entre alguns hospitais particulares de São Paulo e a Agência de Promoção de Exportações e Investimentos (APEX - órgão que prevê a promoção destes hospitais no exterior). “O turismo de saúde apresenta uma característica que a diferencia das demais formas de turismo, a falta de sazonalidade.” (GODOI, 2004, p. 24). Diante de todas estas evidências, um novo modelo de gestão hospitalar deve incorporar o turismo de saúde, considerando seriamente a origem de seus clientes ao planejar os serviços a serem prestados.

1.2.4 A comida de hospital

O serviço de gastronomia, conhecido pelo modelo de gestão tradicional por Serviço de Nutrição e Dietética (SND) dentro dos hospitais pode ser considerado outra tendência e exigência deste “novo” consumidor de saúde. O modelo de gestão do hospital moderno deve compreender a importância desta área e a grande oportunidade de encantamento do cliente através da gastronomia, já que esta é uma área com o antigo paradigma de comida de hospital ser associada à alimentação de baixa qualidade e nenhum atrativo.

A alimentação foi uma forma de o homem socializar-se desde épocas pré-históricas.

Nas sociedades afluentes, em que ser magro é cada vez mais difícil, clínicas de emagrecimento constituem um grande negócio e livros sobre dietas milagrosas são best sellers. Simultaneamente à grande solicitação ao consumo desenvolve-se informação no sentido oposto sobre regimes e maneiras de se obter e conservar a boa forma. Pouco se considera, porém, a grande relação entre obesidade, irracionalidade dos comportamentos alimentares e a desritualização do ato de comer (STEINGARTEN, 2001, p. 37).

Historicamente, o homem dedicou para a alimentação momentos importantes de festividades e rituais. Casamentos e festas de aniversário em muitas culturas são comemorados com bebidas e alimentos. A hospitalidade tem grande proximidade com a gastronomia, pois ela acaba sendo usada em diversos rituais sociais como um meio para promovê-la e inclusive em muitas definições há o relacionamento entre ela e a área de Alimentos e Bebidas, como se pode verificar na afirmação de Telfer (1996 apud LASHLEY, 2004, p. 10): “[...] os alimentos são de importância fundamental na hospitalidade.” Em um hospital, o momento da alimentação para o paciente é de grande relevância, pois a princípio, deveria ser um momento agradável quando comparado com a administração de medicamentos, realização de exames, entre outros.

Os alimentos e bebidas desempenham um papel importante na definição da identidade de grupos, comunidades e sociedades, bem como na definição do relacionamento entre os indivíduos e o contexto social mais amplo. Somos o que comemos (LASHLEY, 2004, p. 12).

Lashley desenvolve uma série de pensamentos que revelam e esclarecem como os indivíduos expressam sua conexão ou desconexão com outras pessoas ou comunidades por meio da alimentação, de acordo com cada cultura. Franco (2001, p. 7), em seu livro, projeta com os números, vislumbrando quanto tempo uma pessoa que vive por setenta anos gastaria comendo ininterruptamente: “numa vida de setenta anos, quem consagra duas horas diárias no ato de comer passará aproximadamente seis anos comendo”.

Todas essas tendências acabam por merecer uma estrutura arquitetônica adequada a estes serviços. Não somente a alimentação pode ser valorizada, quando

realizada em um local mais agradável, mas toda a experiência vivida pelo cliente no hospital passa por espaços com características que podem facilitar a realização dos serviços. A arquitetura hospitalar tem papel fundamental para o conforto de seus clientes. O arquiteto Lauro Michelin³, sócio da L+M, uma empresa que trabalha com empreendimentos de saúde diz que não compreende o fato de uma pessoa sadia ter todo o conforto em um hotel, enquanto um paciente que chega debilitado ao hospital fica num ambiente hostil, sem estímulo visual e sem ergonomia no mobiliário. E ressalta ainda que os cuidados para projetar hospitais vão além dos que são tomados nos hotéis. "Soma-se à complexidade de uma hotelaria à complexidade da atenção médica. Até a luz, se não for adequada, interfere na visualização da cor da pele do paciente, que deve ser a mais fiel possível".

No modelo de gestão moderno, o hospital deve contemplar a área de nutrição como uma oportunidade de negócio a ser desenvolvida, podendo inclusive reverter financeiramente um "centro de gastos" para um "centro de receitas", utilizando cardápio de opção, room-service, restaurantes e coffee shops, trabalhando com cores, formatos, aromas e tecnologia.

Com um atendimento individualizado e personalizado, procura-se respeitar as preferências alimentares dos pacientes, dentro da dieta que cada um está recebendo, trabalhando sempre com os aspectos organolépticos, uma vez que uma refeição bem apresentada estimula o apetite ausente em grande parte dos pacientes. A nutrição correta é fundamental para o tratamento de qualquer patologia. Por isso, médicos e nutricionistas têm trabalhado em conjunto, no intuito de oferecer um tratamento completo aos pacientes, visando um restabelecimento efetivo. Uma nutrição inadequada é considerada um grande fator de risco para o paciente, pois pode levá-lo à desnutrição ou ao agravamento do seu quadro clínico, aumentando a probabilidade de complicações, bem como do custo final do tratamento.

A desnutrição hospitalar, no início do novo milênio, é uma das doenças de maior prevalência e incidência. Diversos autores internacionais têm mostrado que a prevalência da desnutrição hospitalar encontra-se entre 30% e 50% (NESTLÉ, 2005).

Além dos aspectos gastronômicos e estéticos óbvios da Gastronomia Hospitalar, a dieta do paciente pode ajudá-lo na sua melhor recuperação. Claro que todo plano alimentar deve ser elaborado de acordo com o organismo de cada paciente.

³ Informação verbal em palestra na Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de São Paulo – FESEHF, em 23/06/2005.

Por exemplo, uma dieta rica em nutrientes antes de uma cirurgia pode reduzir os riscos do paciente ter infecções ou outras complicações pós-cirúrgicas. Há um estudo realizado com mais de dois mil pacientes que comprova sua eficácia. “A dieta imunomoduladora que pode ser industrializada ou à base de alimentos funcionais nada mais é que uma dieta rica em nutrientes que produzem efeitos metabólicos ou fisiológicos, modulando o sistema imunológico.” (COLLUCCI, 2006, p. C9)

Este estudo realizado demonstrou uma redução de 58% de infecções pós-cirúrgicas e diminuição de pelo menos dois dias do período de internação.

O diretor da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAM), Dr. Edson Credilio, (apud COLLUCCI, 2006, p. C9), afirmou que a premissa é que as substâncias presentes nos alimentos regulam as funções metabólicas. Mas é necessário estudar o metabolismo de cada paciente e prescrever alimentos necessários ao reequilíbrio de cada organismo.

1.3 O AFASTAMENTO DA MEDICINA DA SOCIEDADE E SUAS CAUSAS

Por um lado, portanto, assistimos estas tendências tomarem conta das Instituições de Saúde. Ao mesmo tempo, se vê a visão míope de diversos gestores da área de saúde que não compreendem que a questão “externa” é ainda pouco resolutive perto de conseguir mudar “por dentro” da organização, por meio das pessoas que tem maior intensidade com os clientes, a começar pelos próprios enfermeiros e médicos.

Dizer que não se pode considerar que um hospedeiro comercial se comporta com hospitalidade só pelo fato de ele ser pago por seu trabalho é o mesmo que dizer que não se pode considerar que um médico se comporta com compaixão porque ele é pago pelo serviço que presta (TELFER, 2004, p. 63).

O historiador Pereira Neto (1997), doutor em saúde coletiva e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, enfoca em sua tese de doutorado, a profissão médica nas décadas de 1920 e 1930, e um estudo que abordou o desenvolvimento do associativismo médico nos anos 1940 e 1950. Comparou o exercício da medicina no

final do século XIX com a profissão nos dias atuais. Naquela época, o médico possuía total autonomia sobre o seu trabalho, determinando o valor e a duração do mesmo. O conhecimento era adquirido, em grande parte, por meio da prática, treinado no dia a dia junto ao paciente.

O clínico geral desta época conhecia normalmente todos os membros do grupo de referência do doente e seus diagnósticos levavam em conta não apenas os aspectos orgânicos, mas todas as informações gerais obtidas por meio dessa visão social do enfermo (MARTINS; CAMPOS et al, 2006, p. 221).

Com o passar dos anos, o Estado assumiu o papel de gestor, promovendo assistência médica à população. O profissional passou, então, a vender os serviços, e tornou-se assalariado.

Aos poucos, o Sistema de Saúde mudou o paradigma existente, passando do Estado para a medicina privada. Quem passava a se relacionar com o paciente era um grupo de medicina privada e não mais o médico. O cliente de saúde passava a falar com uma empresa que considera o paciente apenas mais um número de sua gigantesca carteira de clientes, e que, além disso, também passou a remunerar os médicos de forma inadequada, levando muitos a se desligarem do sistema. O sistema não percebe ainda hoje que o médico deve ser visto como um aliado, pois é peça chave para o controle de custos, já que é quem prescreve os exames a serem realizados. Este aspecto é o ponto de partida para se compreender um dos fatores críticos de sucesso na implantação de um sistema de hospitalidade.

O historiador Pereira Neto (1997) destaca os três perfis profissionais vigentes na década de 1920 e que, de acordo com ele, existem até os dias atuais. Os generalistas preocupavam-se com a prática médica e o atendimento do indivíduo era mais ligado ao universo da arte e da subjetividade. Outra tendência era a dos especialistas, que se baseavam na ciência e no pragmatismo. Por fim, os higienistas, que eram fundamentados pela ciência e o planejamento, e preocupados em atender à coletividade.

Seguem algumas causas que, baseadas nas pesquisas realizadas, podem ser entendidas como motivos do afastamento da medicina da sociedade.

1.3.1 A indústria farmacêutica e a teoria microbiana

Ao mesmo tempo em que encontramos diversas tendências na área da saúde, assistimos à medicina cada vez mais excluída da sociedade. De um lado, podemos assistir interesses utilitaristas e econômicos por parte das indústrias químicas e farmacêuticas, ditando as regras e estabelecendo preços de medicamentos conforme melhor estratégia de mercado. Por outro lado, há uma crença na medicina desde a teoria microbiana de Pasteur, fazendo crer que a doença é um ataque vindo do exterior, em vez de um distúrbio do próprio organismo, enfatizando excessivamente o foco nas bactérias e não do organismo hospedeiro.

À partir de então, o doente não é mais valorizado como fonte central de sua própria cura, e a doença é entendida como um inimigo, um ataque vindo do exterior que deve ser eliminado independente das consequências.

Um importante aspecto da concepção mecanicista dos organismos vivos, com seu resultante enfoque técnico da saúde, consiste na crença de que a cura da doença requer alguma intervenção externa, como a do médico, a qual tanto pode ser física – através de cirurgia e radiação - quanto química - através de medicamentos, sem levar o potencial curativo do próprio paciente, atacando um órgão ou tecido específico, sem levar em conta o resto do corpo e muito menos considerar os aspectos psicológicos e sociais da enfermidade do paciente (CAPRA, 1982, p. 149).

Durante a pesquisa, notaram-se diversos idosos buscando relacionamento nos hospitais em que buscavam tratamento. Muitos saindo de lá com uma receita prescrevendo antidepressivo ou com qualquer outro produto de prateleira que quase nunca consegue uma eficiência em longo prazo. O problema de solidão é tratado como depressão.

À partir dos anos noventa, não são mais os médicos que tomam decisões em matéria de saúde, mas grandes indústrias com foco comercial, em busca de competitividade econômica. Esta submissão do interesse científico ao interesse comercial mudou o paradigma do setor, tornando a saúde do ser humano refém de retorno de investimentos por pesquisas de laboratórios médicos. Buscam incentivar os médicos na indicação de seus produtos e são os principais patrocinadores dos eventos e congressos médicos, com uma força econômica gigante, principalmente nos países de terceiro mundo, onde instalaram suas fábricas e centros de pesquisa.

A América Latina continua ainda hoje sendo objeto da cobiça dos globocolonizadores. Nas regiões amazônicas, que limita com vários países, pratica-se vastamente a biopirataria. Outrora era a corrida pelo ouro, hoje é a corrida aos recursos genéticos e farmacológicos, estratégicos para o futuro dos negócios no mercado mundial (BOFF, 2005, p. 135).

O medicamento placebo simboliza que ambos, tanto o tratamento médico e a maneira de se oferecer os cuidados tem participação emocional importante para o paciente.

1.3.2 A exagerada especialização médica e a fragmentação do conhecimento sobre o diagnóstico

O hospital deve ser repensado à luz da relação inter pessoal, da continuação das relações com a família, do contato permanente com a vida social e civil.

O pai da medicina, Hipócrates, nascido em 460 AC já escrevia que “[...] melhor conhecer que pessoa tem a doença ao se conhecer que doença tem a pessoa”.

Aos poucos, a atenção dos médicos transferiu-se gradualmente do paciente para a doença. As escolas de medicina ensinam e focam o estudo das doenças e não a assistência aos enfermos. Assim, o diploma de doutor em medicina que a escola confere certifica o completo domínio da ciência médica onde há uma sutil diferença entre esta habilidade e a capacidade em cuidar de pacientes.

Nava (1987, p. 45) exerceu a medicina no Brasil entre 1927 a 1984, e pôde experienciar diversas situações de atendimento aos mais diferentes tipos de clientes, conforme cita:

Clínico de roça, fui médico, operador e parteiro. Fui delegado de polícia sanitária e chefe de posto epidemiológico. Conheço todas as clínicas – a de “lombo de burro” que experimentei no interior de Minas, a de caminhão, a clínica dura do subúrbio carioca e a clínica elegante do arranha céus do centro. Entrei em todas as casas, desde a choça do sertão e do barraco dos morros, aos solares dos ricos e aos palácios presidenciais. Vi todas as agonias da carne e da alma. Todas as misérias do pobre corpo humano. Todas as suas dores, todas as suas desagregações, todas as suas mortes. Além de todas as doenças vi também toda qualidade de doente. O rico e o pobre, o veraz e o fabulador, o amigável e o hostil, o cooperante e o

negativista, o reconhecido e o ingrato, o deprimido e o otimista, o realmente doente e o doente imaginário.

Este tipo de medicina de amplo espectro, que permitia o médico se sobrepor às especialidades, de contato direto, permanente e duradouro com os pacientes; atuação imediata, tópica e pontual, de pronta resposta, sem a intermediação das empresas de convênios, de seguros saúde e dos laboratórios acabou – ou talvez tenha se exilado nas regiões de fronteiras e de pioneiros. Hoje, o cotidiano dos médicos mudou, exigindo conhecimentos e habilidades distintas e variadas para a prática diária da medicina.

A extrema especialização médica pode ser também um destes fatores que afastaram a medicina da sociedade: médicos cada vez mais especialistas em uma parte do corpo e não na pessoa como um todo.

A existência de médicos especialistas torna a conexão entre as patologias de difícil visualização. As especialidades de maior procura nos Estados Unidos, segundo Roy Porter (2004) são a Pediatria, a Cardiologia e a Oncologia. Segundo ele, em 1942, metade dos médicos norte americanos eram clínicos gerais e em 2000, menos de um em cada dez médicos tem esse papel. No Brasil, percebe-se a especialização como uma busca obrigatória da profissão médica, podendo ser verificada na prática, nos Prontos Socorros de hospitais, onde pessoas aguardam atendimento para especificidades que, no passado, todos os médicos poderiam responder. Hoje, este fator, associado ao receio de processos cíveis, torna necessário diversas especialidades no atendimento dos pacientes. Esta pressão não ocorre somente entre a sociedade médica, mas também é uma pressão da própria sociedade, que entende ser o especialista um maior conhecedor de sua doença, esquecendo-se do todo.

Uma geração atrás, mais da metade de todos médicos eram clínicos gerais, agora, mais de setenta e cinco por cento são especialistas, limitando sua atenção a um grupo etário, doença ou parte do corpo determinada. Segundo David Rogers, isso resultou na evidente incapacidade da medicina norte americana para lidar com os casos simples de atendimento médico de nossa população.

[...] por sua vez, os pacientes tendem a vê-los como indivíduos frios e hostis, queixando-se de que o médico não entende as preocupações que os afligem (CAPRA, 1982, p. 153).

A crescente dependência da assistência médica de uma tecnologia complexa acelerou a tendência para a especialização e reforçou a

propensão dos médicos de tratar partes específicas do corpo, esquecendo-se de cuidar do paciente como um ser total (CAPRA, 1982, p. 141).

Dr. Marcos Knibel⁴ alertou em sua palestra para o perigo de alunos saírem hoje das faculdades de medicina sem nunca terem “clinicado”, ingressando em programas de mestrado, cada vez mais específicos, focando as doenças, sem antes ter aprendido a se relacionar com os pacientes e seus familiares.

1.3.3 A formação acadêmica na área da saúde

A ausência de disciplinas ligadas à área de Ciências Sociais nos cursos da área de saúde em geral (medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional etc) faz com que, cada vez mais, as pessoas formadas por estes cursos não valorizem e não compreendam a importância de um conceito holístico, onde a hospitalidade e a humanização são partes integrantes e fundamentais.

Ao mesmo tempo, a prática da medicina transferiu-se do consultório do clínico geral para o hospital, onde se tornou progressivamente despersonalizada, quando não desumanizada. Os hospitais converteram-se em amplas instituições profissionais, enfatizando mais a tecnologia e a competência científica do que o contato com o paciente. Nesses modernos centros médicos, que mais parecem aeroportos do que ambientes terapêuticos, os pacientes tendem a sentirem-se impotentes e assustados, o que frequentemente os impede de apresentar melhoras. De trinta a cinquenta por cento dos casos de hospitalização atuais são clinicamente desnecessários; por outro lado serviços alternativos que poderiam ser, do ponto de vista terapêutico, mais eficazes e economicamente mais eficientes, desaparecem quase por completo (CAPRA, 1982, p. 141).

Hospitais privados não se parecem mais apenas com os aeroportos (CAPRA 1982, p.141). Hospitais estão se parecendo também com shopping centers e hotéis. Na realidade, há uma nova maneira dos hospitais se comportarem. Houve uma mudança na estrutura de poder destas empresas, no mercado da saúde e nos

⁴ Informação verbal em palestra durante o *Hospital Business*, no Rio de Janeiro, em 2004.

consumidores e as universidades ainda formam os médicos para uma realidade que não mais existe.

Conforme o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC), 17.861 vagas de residência médica são oferecidas todos os anos em média no Brasil. Ao mesmo tempo, existem 9.113 formandos nos cursos de Medicina, que se tornam clínicos gerais e buscam o título de especialistas através de suas residências acrescidas de provas específicas. A grande maioria clinicou muito pouco até este estágio, embora saibam bastante sobre doenças, ainda não tiveram tanta oportunidade de contato com os doentes. Irão aprender sobre isso durante suas residências, em hospitais que nem sempre possuem a infra-estrutura adequada e replicarão em suas carreiras a forma que experienciarão durante esses alguns anos de residência de atender os doentes. Alguns imediatamente iniciam um mestrado e muitas vezes já estão ministrando aulas para novos médicos, com raros contatos de maior intensidade com seu principal insumo: o cliente de saúde.

Os homeopatas, os quiropráticos e os herbanários⁵, cujas técnicas terapêuticas são baseadas em modelos conceituais diferentes, mas igualmente coerentes, foram legalmente excluídos do ramo principal da assistência à saúde (CAPRA, 1982, p. 151).

Ou seja, a formação universitária de toda equipe assistencial (como por exemplo: médicos, enfermeiros e nutricionistas) é desprovida de formação humanística, contribuindo para que estes profissionais desconheçam aspectos administrativos e sociológicos, estando em sua maioria focados em ciência e não na humanização.

Mesmo assim, deve-se tomar cuidado com aquilo que pode ser intitulado de medicina alternativa. Conforme Martins (2003, p. 293), o seu significado é muito subjetivo e a medicina ocidental clássica é contra este tipo de prática e cética em relação à sua eficácia. Sabe-se que curandeiros, benzedeadas, mágicos e bruxas acompanham a evolução da civilização e nunca foram legitimados pela sociedade e pelo senso comum. Muitos oportunistas se beneficiam destas práticas, e a ignorância dos doentes e familiares, invariavelmente leigos em medicina, somada ao seu desejo e desespero em encontrar a cura para sua doença levam as pessoas a

⁵ Herbanário ou Ervanário: estabelecimento que realiza dispensação de plantas medicinais

tentar de tudo para obter um alívio e uma esperança. Por outro lado, a abordagem biomédica partiu sempre de uma premissa errada, confundindo os processos patológicos e as origens das doenças.

Deve-se reconhecer que a questão fundamental na medicina é por que a doença ocorre e não como ela funciona depois que ocorreu, conceitualmente as origens da doença devem ter precedência sobre a natureza do processo patológico (MCKEOWN, 1976 apud CAPRA, 1982, p. 143).

Martins (2003) afirma que este fenômeno não se limita somente ao Brasil. Pesquisando em outros países, percebeu também a mesma situação existente aqui, com causas similares aos do nosso país.

[...] essa resistência ainda persiste não somente no Brasil. Dominique Bougeon, enfermeiro e sociólogo francês, relatou-nos pessoalmente os resultados curiosos a que chegou ao final de uma pesquisa sobre o ensino de sociologia e Antropologia nas 21 instituições de ensino médico de nível superior existentes na grande Paris. Do total de estabelecimentos estudados, disse ele, apenas três recorrem efetivamente aos serviços de profissionais das Ciências Sociais (MARTINS, 2003, p. 28).

Podemos obter os mesmos dados ao analisarmos os cursos ligados às áreas de saúde no Brasil, como: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição entre outros.

Ao analisarmos as possíveis causas desta impessoalidade no tratamento com o cliente de saúde, verificamos o quão distante está a medicina da sociedade. Em sua obra, Mauss (1999, p.161 apud MARTINS, 2003 p. 31) afirma que: “[...] a sociedade é um conjunto de prestações totais organizadas em três momentos expressados pelas obrigações mútuas de dar, de receber e de retribuir algo a alguém.” Ou seja, não é necessária a existência de uma equivalência comercial, principalmente em instituições de saúde onde grande parte das atividades da equipe assistencial não pode ser mensurada e, conseqüentemente, tarifada. “[...] percebe-se cada vez mais que mesmo nessas instituições, valores altruístas são indispensáveis ao funcionamento da organização.” (GODBOUT, 1999, p. 72). Compreendemos, portanto a urgência numa mudança e a distância que estamos tomando entre cuidadores e pacientes e da conseqüente dificuldade em abordarmos humanização nos hospitais atualmente.

O fenômeno da cura estará excluído da ciência médica enquanto os pesquisadores se limitarem a uma estrutura conceitual que não lhes permite significativamente com a interação do corpo, mente e meio ambiente (CAPRA, 1982, p. 134).

Isto reforça a divisão apresentada sobre as diversas dimensões da saúde, compreendendo que ao atender um paciente é necessária empatia, observando toda complexidade que o abrange, transcendendo à sua doença.

Atualmente (2006) existem setenta projetos em tramitação para a criação de novas faculdades de medicina. No Brasil, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a APM, junto com outras entidades médicas vêm se manifestando contra a criação de novas escolas. “Observam que, a cada ano, parcela expressiva dos quinze mil novos profissionais apresenta formação insuficiente e que as denúncias de erros médicos subiram mais de 130 % (ABRAMCZYK, 2006, p. C9)”.

1.3.4 Os custos da atual assistência médica

Os planos de saúde e os grupos de medicina privada também acabaram por criar ainda mais dificuldade na equidade no acesso à saúde.

Os custos da assistência médica aumentaram num ritmo assustador nas últimas três décadas. Somente em 2004, conforme dados da UNIFESP, o crescimento foi de 72% - motivados pela incorporação de novas tecnologias e descobertas científicas, que fazem com que os pacientes “exijam” cada vez mais exames sofisticados e caros, e a perda de cinco milhões de contribuintes nos últimos dois anos são fatores que têm contribuído para uma séria crise no mercado de saúde privada no Brasil (JORNAL DO CRA, 2005, p. 12).

A crise neste setor faz com que quem acabe por pagar o maior preço seja o próprio cliente de saúde. Por um lado, mesmo existindo exemplos de ótimos serviços nas chamadas ilhas de excelência (CURTO, 2004, p. C1): hospitais públicos que apesar das dificuldades, apresentam serviços de alta qualidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta em grande parte, equipamentos sucateados e hospitais antigos, com profissionais, muitas vezes desmotivados e um nível de atendimento

mediano. Por outro lado, a saúde privada no país encontra-se em crise. As operadoras exercem pressão sobre os hospitais impedindo o reajuste de preços nas diárias, limitando o ganho sobre materiais e medicamentos, impondo listas de preços e às vezes limitando ou impedindo o acesso de pacientes segurados a alguns dos hospitais credenciados de maior qualidade. Por vezes, orientam os médicos a limitar exames por paciente a fim de exercer controle de custo sobre suas operações.

Vários fatos do cotidiano provam essa preocupante mudança de rumos da medicina oficial, sob a égide do capitalismo médico. De um lado, os preços dos serviços aumentam incessantemente para financiar a acumulação capitalista, gerando distorções problemáticas. Não se visita mais um médico generalista, mas diversos especialistas; cada um deles tende a emitir diagnósticos diferentes e muitas vezes contraditórios sobre um mesmo caso, sem abrir mão de seus ganhos econômicos particulares (MARTINS, 2003, p. 150).

Os hospitais, as clínicas e os próprios médicos não têm, de um modo geral, suas tabelas de preços reajustadas desde 1999. Em estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas comparando-se o lapso de tempo entre agosto de 1996 e julho de 2002, verificou-se uma defasagem de 52,13 %.

A inflação na área de saúde não segue a lógica ou o ritmo da inflação geral do país. A sua dinâmica é regida por fatores distintos entre os quais temos a própria inflação geral, mas também elementos tais como, envelhecimento da população e seu conseqüente aumento em diagnósticos e tratamentos, a influência decisiva da relação cambial (40% dos insumos, filmes, medicamentos, materiais descartáveis, equipamentos são comprados em Dólar e vendidos em Real) (BALESTRIN, 2005, p. 7).

O mercado privado de saúde, em nosso país, hoje cobre aproximadamente 35 milhões de usuários, sendo 70% destes os chamados planos empresariais, ou seja, pagos pelo empregador com uma pequena participação do usuário. Este mercado representa algo em torno de 27 bilhões de Reais e está concentrado principalmente nos estados do Sul e Sudeste, tendo São Paulo e Rio de Janeiro como seus principais representantes entre 30 e 40% da população coberta. Esta relação é absolutamente desproporcional em um mercado econômico e desigual, ou seja: quem compra (empresas) não usa e quem paga não é usuário. Quem usa (o paciente) não paga, e quem fornece (hospitais, clínicas e médicos) não conhece absolutamente nada das relações contratuais entre todas as partes.

Os hospitais privados brasileiros sejam eles provedores de serviços para o SUS, ou provedores de serviços para os planos privados de saúde, encontram-se em uma situação desestruturada. O modelo de gestão reage ao sofisma de que não é preciso ter resultados positivos, basta serem mais baratos e conseqüentemente proporcionar maiores margens de lucratividade. O atendimento é caótico e apenas sintomático. O usuário tem a sensação de que está sendo atendido e tratado, quando na realidade, considerando a qualidade e a disposição do acesso a ele concedido por seu plano de saúde, poderá estar, na verdade, sendo “condenado à morte” mais à frente pela dissociação entre o valor pago e o serviço prestado.

O alto índice de sinistralidade também tem contribuído para o fechamento de muitas operadoras de planos de saúde, que tiveram que repassar suas carteiras de clientes a seguradoras maiores. Segundo o Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) “[...] nos últimos nove anos, a sinistralidade (gasto com medicamentos) aumentou de 73,6% para 87%.” (ALMEIDA, 2004, p. 23). Abordar a Hotelaria Hospitalar neste contexto é importante para que possa haver um mínimo de dignidade no atendimento hospitalar, independentemente da ineficiência existente neste complexo mercado, garantindo que ao se internar em um determinado hospital, o cliente de saúde possa saber qual o mínimo e máximo que pode cobrar e reclamar dos seus direitos. Ao mesmo tempo, evita que as Instituições de Saúde queiram reduzir seus gastos, penalizando justamente a hospedagem do cliente, oferecendo produtos e serviços de custos e qualidade inferior.

No exterior, a maior parte do serviço público é de alta qualidade e não ocorre a proliferação de investidores interessados em hospitais particulares. Conforme a McKinsey Quarterly (2006, p. 17), no Chile, o trabalhador recolhe 9% do salário para um fundo público de saúde e se, ao necessitar do serviço, optar por um hospital particular, pagará a diferença. Na Argentina, tanto empregadores como empregados recolhem contribuições que vão para um fundo administrativo de uma agência do governo. O atendimento médico é organizado por sindicatos. Nos Estados Unidos, o atendimento é gratuito para aqueles que ganham menos que US\$ 15.000,00 / ano ou possuem mais que 65 anos de idade. No Canadá, tanto a assistência médica como o atendimento está na mão do poder público. Na Europa também não é muito diferente destes aqui citados. Na Espanha, o sistema público atende também planos privados para agilizar o atendimento. Outro ponto importante na Espanha é que o governo subsidia 40% dos preços dos medicamentos. Já na Inglaterra, a rede de

hospitais é totalmente pública e o governo custeia os medicamentos até cinco Libras (aproximadamente R\$ 30,00). Finalmente na França, o sistema é misto. Os medicamentos são fornecidos pelo governo e cobrem 90% das patologias existentes.

Ao compreendermos esta realidade de mercado nos outros países, conseguimos começar a entender como as diferenças na cadeia de valores existentes no Brasil e em grande parte dos outros países, afetam e impactam na conjuntura econômica e no sistema de concorrência existente hoje entre os hospitais. Os serviços médicos tornam-se mais onerosos e existe a necessidade dos hospitais particulares disputarem seus médicos e fidelizarem seus clientes como alternativa de sobrevivência, pois dependem de alto volume para gerar resultados e de um modelo de gestão, mas eficaz e barato (eficácia operacional) que seus concorrentes. Neste aspecto, pode ser mais razoável o entendimento da necessidade dos serviços de hotelaria e da existência da hospitalidade para agregar valor ao atendimento.

Uma empresa só é capaz de superar em desempenho os concorrentes se conseguir estabelecer uma diferença preservável. Ela precisa proporcionar maior valor aos clientes ou gerar valor comparável a um custo mais baixo, ou ambos (PORTER, M., 1999, p. 47).

Aquilo que onera os custos do hospital não são os serviços prestados de hotelaria, mas a forma com que o mercado está formado em que os hospitais se tornam reféns de um ciclo vicioso. Por exemplo, vamos supor que um hospital em uma grande metrópole no Canadá adquira um equipamento de tomografia bastante caro, porém imprescindível para realização de determinados diagnósticos. Os hospitais na mesma região não necessitarão comprar este mesmo equipamento, pois aquela população já tem como ser atendida. Mas se um hospital em uma grande metrópole do Brasil adquirir este equipamento, todos seus concorrentes, ainda que estejam a uma quadra de distância terão que adquirir para não serem ultrapassados e correrem o risco de ficarem para trás, ainda que possa ficar ociosa por falta de atendimento.

Este exemplo demonstra a dificuldade dos hospitais privados poderem estabelecer seus preços e negociar seus custos. Estas empresas estão inseridas em um mercado atípico, em que os serviços de hotelaria que poderiam estar

encantando o cliente, acabarão por ter que justificar os altos custos da medicina e por que não, dependendo da situação gerar ainda alguma economia por meio de melhores práticas nos serviços de apoio.

1.3.5 As consequências do afastamento da medicina

As conseqüências do afastamento da medicina da sociedade, são diversas, entre elas, destacamos as seguintes:

- Busca por atendimentos alternativos e complementares:

A busca por mágicas, curandeiros e benzedadeiras acabam por ser uma alternativa (ainda que questionável sob o ponto de vista científico) que a população tem procurado dado à dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Claro que acabam sendo práticas repletas de oportunistas e na maior parte das vezes, sem resultados mensuráveis, embora muitas vezes, com as mesmas garantias do placebo de valor psicológico.

Alternativas foram encontradas pelos pacientes e várias práticas acabam hoje ganhando espaço no ocidente, muitas destas banidas legalmente do meio médico e excluídas do ramo principal da assistência à saúde.

Porém, é importante diferenciarmos as magias, das terapias complementares e das terapias alternativas. Um bom exemplo é o do paciente com câncer que tem sido o alvo principal dos inúmeros tratamentos médicos não convencionais. Segundo Roy Porter (2004, p. 70) "se o teor da medicina ortodoxa era pessimista, a medicina alternativa instilava esperança".

Eventualmente no futuro, algumas das terapias alternativas oferecidas hoje venham a ter sua eficácia cientificamente comprovada, mas hoje, o único caminho oficial é o indicado pelo médico.

Alternar significa trocar, ou seja, substituir a terapia convencional por outra. Complementar é acrescentar. Tratamentos complementares, quando realizados por

profissionais especializados, além de promoverem o bem-estar do paciente, fortalecem sua adesão consciente aos tratamentos médicos convencionais.

Terapias complementares, tais como fisioterapia e fonoaudiologia, visam à reabilitação física do doente. Psicoterapia, arteterapia, musicoterapia, acupuntura, reflexologia, entre outras, são terapias complementares que possibilitam o equilíbrio emocional e a reintegração psicossocial do paciente.

Ainda assim, as práticas complementares ou alternativas podem, de qualquer forma, criar um caminho diferente a este cliente, que por muitas vezes, se entrega a qualquer outra prática mais humana que a medicina convencional. Há estudos chamados de *Healing Hospitality*, entendendo a existência da hospitalidade que cura, em uma visão integrada na cura considerando a cura física, sócio ambiental, psicológico-emocional e a espiritual. “Integrar a cura do corpo, a terapia da mente e o cuidado do espírito constituem a meta da construção do humano, rico, diverso, paradoxal e harmonioso (BOFF, 1997, p. 150)”.

Ou seja, fazer o cliente sentir-se acolhido, recebido, aceito, considerado, abrigado, amparado, protegido e respeitado no hospital, evitando que sua hospitalização signifique uma exclusão da sua vida diária.

Algumas destas práticas ainda conseguem entrar pela “porta dos fundos” em hospitais, mas inicia-se uma maior aceitação em diversas empresas. O setor de UTI, que sempre teve tanta restrição, começa a mudar a sua mentalidade em função da humanização e da própria pressão dos familiares para com os médicos e enfermeiros.

Conforme uma pesquisa realizada por Barr (2000, p. 278, tradução livre) na UTI de um hospital infantil, “Independente do nível sócio-econômico da família e da severidade da doença do paciente, 30 % dos familiares utilizam amuletos e talismãs na UTI infantil”, observou-se que o uso era muito maior do que de fato admitido e o mesmo diminuía o nível de ansiedade dos pais.

O mesmo estudo concluiu que o uso de talismãs numa sociedade ocidental tecnologicamente avançada é muito mais freqüente do que pode se imaginar. Conclui ainda observando que os profissionais ligados às equipes médica e paramédica que lidam com pacientes de UTI devem estar à par das implicações emocionais e psicológicas de tais crenças e práticas sobre os pacientes e suas famílias.

Tomando em consideração comparativamente as terapias alternativas, vemos a dificuldade de classificá-las num modelo médico homogêneo. Por outro lado, elas se aproximam e aparecem como uma mesma coisa no imaginário popular, em grande medida como o resultado das estigmatizações das mesmas pelos defensores do status-quo, que procuram tachá-las de medicinas falsas, mágicas e não científicas (MARTINS, 2003, p. 272).

Por não ser o foco da pesquisa, não houve um aprofundamento das medicinas alternativas e complementares. Porém, para ilustrar as diferenças entre elas, cinco tratamentos distintos e com crescimento no número de adeptos foram pesquisados para melhor compreensão do cenário de saúde e serão citados para exemplificar suas diferenças:

A Iridiagnose:

Através da observação da íris permite conhecer as características físicas e mentais, inatas e/ou adquiridas, do indivíduo.

O Iridólogo identifica os órgãos de menor resistência e as mudanças que estão ocorrendo no organismo, elaborando um conjunto de cuidados gerais, favorecendo um processo de cura e/ou de prevenção, antes que se instale uma doença. Esta proposta terapêutica está estreitamente relacionada com a Nutrição, visto que o cuidado nutricional é imperativo para o restabelecimento e fortalecimento do organismo como um todo.

Esta técnica colabora com outras práticas terapêuticas, fornecendo dados elucidativos sobre a história biopatográfica do indivíduo (<http://www.espacocore.com.br/nutrição/iridologia.htm>).

Acupuntura:

A técnica da acupuntura baseia-se na colocação de agulhas muito finas em pontos específicos localizados na pele. Segundo a teoria da medicina chinesa, os pontos estimulam a energia e promovem o equilíbrio do organismo.

Desde 1971, a acupuntura foi sendo adotada pela medicina ocidental, em princípio cercada de preconceitos, mas ultimamente como uma especialidade médica, caso do Brasil, sendo reconhecida inclusive pelas seguradoras da área da saúde.

(<http://www.acupuntura.org/geral/acmvge06.htm>)

Quiropraxia:

Apesar de muito comum nos Estados Unidos, no Brasil quase não se encontra este tipo de profissional e este ramo é quase desconhecido. Nos Estados

Unidos é muito comum encontrarmos seus consultórios ao lado de bairros destinados a centros médicos até mesmo em pequenas cidades.

O profissional é habilitado a realizar exame clínico completo e solicitar exames complementares para chegar a um diagnóstico e escolher o tratamento mais adequado, encaminhando o paciente, se necessário, a profissionais de outras áreas.

O quiroprático ou quiropraxista faz o ajuste articular, para tratar com eficiência, problemas mecânicos do sistema neuro-músculo-esquelético, tais como: dores nas costas, no pescoço, enxaquecas, alterações de postura, distensão e tensão muscular, escoliose, hérnias de disco, dificuldade respiratória, L.E.R e afecções musculares em geral.

O ajustamento articular é um movimento rápido e preciso, às vezes acompanhado de um estalido, realizado na articulação subluxada. Após o ajuste, observa-se diminuição da dor, relaxamento muscular e restauração da mobilidade perdida.

(<http://www.quiroclinica.com.br/page3.html>)

Florais de Bach:

Segundo Lucia Helena Salvetti De Cicco, "os Florais de Bach são 38 essências extraídas de flores silvestres do País de Gales, na Grã Bretanha. Seu poder de cura foi descoberto pelo médico inglês Edward Bach (de 1926 a 1934). Atuam sobre o estado emocional e formam um sistema terapêutico, segundo o qual a doença resulta de um desequilíbrio energético que leva à enfermidade física.

Bach dizia que a doença é a cristalização de uma atitude mental e que basta tratar esta atitude para que a enfermidade cesse. Deve-se tratar a personalidade do paciente e não a doença.

A enfermidade não é material e sim energética e o primeiro ato do drama da doença se passa no campo da energia. Portanto, devem-se tratar as causas e não os efeitos. A ação terapêutica para que seja eficaz, deve atuar sobre a energia. Em 5 anos, Edward Bach descobriu 38 essências florais e escreveu dois livros: "Cura-te a ti mesmo" e "Os doze curadores e outros remédios". Ele morreu em 27.11.36, em sua casa em Mount Vernon, Grã Bretanha, onde ainda hoje funciona o "Bach Centre", onde são colhidas as flores e preparadas as essências (<http://www.saudevidaonline.com.br/florais.htm>).

Risoterapia:

Esta é outra terapia que se coloca à margem da medicina ortodoxa. Apesar de não ter efeitos curativos e não substituir os tratamentos médicos, estimula a liberação de endorfina, produzindo um efeito relaxante e analgésico, além de um antídoto contra o estresse.

Rir é uma atividade aeróbica que facilita a oxigenação do organismo. Após boas gargalhadas, os músculos de uma pessoa relaxam, reduzindo a produção de hormônios neuroendócrinos associados ao estresse, tais como: epinefrina, cortisol e adrenalina.

O humor ajuda o paciente a "distrair" da dor. E as endorfinas liberadas pelo riso também têm um efeito analgésico. Estudos clínicos apontam para o riso como um fator que fortalece o sistema imunológico.

Há fortes indícios ainda não comprovados de que a risada tem efeitos benéficos para os hipertensos, especialmente mulheres.

Durante a pesquisa, Dr. Hunter Adams, criador do personagem Patch Adams, veio ao Brasil, defender sua posição em palestra no Centro de Convenções Rebouças. Discutiu-se uma série de possibilidades de atendimento aos clientes no mundo inteiro, principalmente na América Latina, através de programas inspirados por seu trabalho na clínica "*Gesundheit*", como os Doutores da Alegria, entre outros.

- Processos Judiciais:

Outra consequência do afastamento da medicina da sociedade se mostra através do aumento nos processos judiciais contra médicos e hospitais

Os elevados riscos da moderna tecnologia médica levaram a um outro significativo aumento nos custos da saúde através do crescente número de processos judiciais por imperícia ou negligência contra médicos e hospitais. Verifica-se hoje, um medo quase paranóico de ação judicial entre os médicos americanos, que tentam proteger-se da instauração de processos mediante a prática da "medicina defensiva", servindo-se cada vez mais de tecnologia diagnóstica, o que provoca novos aumentos nos custos da assistência médica e expõe o paciente a riscos adicionais. Essa crise na prática médica tem várias causas: excessivo uso de alta tecnologia dentro de um modelo mecanicista da doença, na qual toda a responsabilidade é delegada ao médico associados a considerável pressão por parte de um grande número de advogados motivados pelo lucro [...] (CAPRA, 1982, p. 142).

No Rio de Janeiro, o aumento de processos judiciais contra médicos e hospitais foram de 16 % entre 2004 e 2005. Segundo a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), entre 2000 e 2005 houve um crescimento de 393 % em processos contra médicos e hospitais.

Deve se considerar que o Conselho Federal de Medicina recebe 100 denúncias por semana e haveria um total de 200 mil processos em curso no país.

Considerando que no Brasil existe 1,5 bilhões de atendimentos ambulatoriais e 12,5 milhões de internações hospitalares, o impacto do número de processos se dilui consideravelmente. Mas nem por isso deixa de ser preocupante, pois há uma tendência de crescimento deste tipo de processo. As causas são originadas pelas mudanças no comportamento do consumidor, associadas à perda de qualidade no atendimento médico-hospitalar. As conseqüências são graves, como o dano à imagem da instituição hospitalar e o desconforto físico e psicológico gerado nos pacientes. É necessário gerenciar e mapear os riscos e implantar uma cultura de compartilhamento de responsabilidades e cooperação entre equipes aliada a uma intervenção intensiva e próxima aos pacientes. Um esforço na hospitalidade aumenta a satisfação das equipes médicas, de enfermagem e demais funcionários além de proporcionar diálogo entre familiares e pacientes com as equipes do hospital.

Ao analisarmos este capítulo podemos, portanto, concluir que este mercado tem características únicas e que esta condição torna a forma de gerenciar e de se criar novos modelos de gestão, numa Instituição de Saúde, uma tarefa árdua, de grande responsabilidade e de entendimento preciso de cada um de seus envolvidos. Como pudemos constatar neste mercado todos os participantes estão insatisfeitos: o médico por não conseguir mais sua independência, sem o controle sobre a situação, ficando refém de planos de saúde e tendo que se submeter às suas regras administrativas, não podendo decidir sozinho sobre o tratamento a ser dado aos seus pacientes. Por outro lado, o cliente de saúde, que fica com o ônus do pagamento de consultas particulares caras ou preso à planos de saúde com parcelas mensais onerosas e atendimentos por muitas vezes desprovidos de humanização e hospitalidade. O plano de saúde, com margens de lucro pequenas, luta contra os hospitais para que a conta do paciente não ultrapasse os valores orçados. Auditam os médicos e procedimentos a fim de buscar economias e glosas nos processos comerciais. A tecnologia não é substitutiva e fica presa das novas aquisições cada vez mais altas por parte dos hospitais. Enfim, todos que participam do mercado reclamam e se mostram insatisfeitos, não dispostos a negociar melhorias, pois acreditam que sua desvantagem existe em detrimento da vantagem de algum outro participante deste mercado.

O conflito de interesse entre os planos de saúde e os pacientes motiva os primeiros a competirem na base de métodos criativos e complexos para

negar cobertura às pessoas que talvez necessitem de uma assistência médica dispendiosa. Eles se transformam em adversários do paciente em vez de advogados ao recusarem o atendimento das faturas de seguro, sempre que possível (PORTER, M., 1999, p. 434).

Como conseguir implantar um conceito de Hotelaria Hospitalar em um mercado de aspectos perdulários, viciado e agressivo? Um modelo de gestão que consiga capacitar as pessoas a atenderem seus clientes como em um mercado de hospitalidade convencional? Para tanto, será necessário mudar a forma de pensar dos participantes deste mercado: dos médicos – desde sua formação universitária, dos hospitais – na forma em que são gerenciados e dos próprios clientes de saúde – na forma que exigem, cobram e utilizam os serviços hospitalares das Instituições de Saúde.

CAPÍTULO 2 – UM MODELO DE GESTÃO ADEQUADO A UM NOVO CENÁRIO DA SAÚDE

Hospitais privados de grande porte se localizam normalmente em grandes centros urbanos. No território nacional, algumas metrópoles concentram os hospitais na mesma região da cidade criando grandes complexos médicos envolvendo hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios e farmácias.

Na cidade de São Paulo, os hospitais particulares de grande porte estão espalhados em todas as regiões. Existem diversos hospitais que são referências não somente no Estado como também no país. Os dois hospitais pesquisados para a realização desta pesquisa são hospitais de grande porte, em bairros distintos que atendem um público de alto poder aquisitivo no município de São Paulo. Em comum, estes hospitais ainda têm o fato de atenderem praticamente os mesmos planos de saúde e já contemplam em seus organogramas o departamento de Hotelaria Hospitalar há pelo menos mais de um ano. Os dois hospitais atendem praticamente os mesmos convênios com os planos de saúde e seguradoras, optaram pelo mesmo selo de qualidade e por todos estes motivos, torna-se mais fácil compreender situações que se apliquem aos dois distintos modelos de gestão.

A forma de apresentarmos os mesmos, conforme já explicado na Introdução desta pesquisa será como Hospital X e Hospital Y, e não se pretende compará-los, mas sim, observar os efeitos gerados pelo atendimento durante o ciclo que ocorre entre a entrada e saída do cliente de saúde.

A observação foi realizada mais especificamente por doze meses, entre os dias 15 de novembro de 2004 e 15 de novembro de 2005. Além de acompanhar os dois hospitais em sua operação diariamente, a análise das informações de gestão foi feita e tabulada a fim de melhor compreender as causas e efeitos de cada ação ligada à hotelaria hospitalar. Durante a pesquisa foram analisados mês a mês os seguintes dados: número de altas por dia da semana e por tipo de paciente, frequência de internação, taxa de ocupação hoteleira, diferença entre o tempo de chegada do paciente e o momento de início da cirurgia entre outros. O objetivo não estava na comparação entre os dois hospitais e sim, nos pontos comuns para verificar as similaridades em seus modelos de gestão.

Diversos são os aspectos a serem verificados no que se refere ao entendimento deste mercado e o porquê das dificuldades da implantação da gestão da hotelaria ou de qualquer programa de qualidade. Muitos motivos foram expostos no primeiro capítulo como o entendimento de Saúde *versus* Doença e das diversas causas do afastamento da medicina da Sociedade, entre elas a exagerada especialização médica e o alto custo da assistência considerando o modelo atual.

Mas o modelo de gestão deve participar do “DNA” da empresa e não se limitar a ser um manual da qualidade ou de descrição de processos. Existe uma grande diferença entre um caderno com requisitos de qualidade para os serviços de hotelaria prestados e um modelo de gestão. Em diversos serviços dos hospitais pesquisados, percebeu-se que os mesmos atenderam as normas pré-estabelecidas, porém nem sempre conseguem transformar estas informações em resultados para o cliente final.

O setor de saúde é complexo e sua condição peculiar deve ser do entendimento de seus gestores para que compreendam as razões das dificuldades adicionais existentes se compararmos ao mercado industrial, financeiro e mesmo o hoteleiro convencional.

Ao elaborar a pesquisa junto aos dois hospitais, outras condições peculiares a esta atividade mostraram impactar na forma com que este mercado é pensado por seus investidores, médicos e clientes. Estas condições são os motivos que devem ser considerados ao se criar um modelo de gestão que contemple a Hotelaria Hospitalar. Abaixo estão relacionados seis aspectos que serviram como premissas deste mercado, percebidos durante a pesquisa em ambas as organizações e que responderam e explicaram as duas hipóteses formuladas:

- As leis de mercado não se aplicam bem ao setor de saúde em face das necessidades humanas e prioridades não mercantis que se impõe independentemente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados.
- A variabilidade da assistência demandada é enorme e cada paciente se comporta de maneira subjetiva, o que dificulta uma rígida padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta em serviços.
- Não há simetria de informação neste mercado, pois os clientes são geralmente leigos e não têm capacidade de julgar seu tratamento, nem suas necessidades, o que dificulta o exercício de suas opções de consumo.

- O consumo do serviço é simultâneo à produção e, portanto, não há tempo para o controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção final.
- A qualidade dos serviços está diretamente associada à capacidade de comunicação entre seus serviços interdependentes e interagentes. Porém, a produção de serviços é executada por uma grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos, muitos sem qualquer vínculo empregatício, como no caso dos próprios médicos.
- A categoria médica apresenta forte resistência aos programas de qualidade por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes frente ao controle externo.

Tanto os médicos como os pacientes continuam a recomendar e a utilizar os serviços de provedores que apresentam desempenho inferior e custos superiores aos rivais próximos. Como, em geral, as contratações de assistência médica são eventos únicos, os pacientes não têm como se basear em experiências pessoais passadas.

[...] na assistência médica, a deficiência das informações comparativas e a falta de indicadores de resultado significativos criam incentivos para que os hospitais e os médicos concorram entre si com base no que é observado: o agradável ambiente físico das instalações, os equipamentos de alta tecnologia, o amplo aparato de serviços... (PORTER, M., 1999 p. 438).

Os hospitais que foram analisados já trabalham com programas de qualidade há mais de três anos e implantaram um departamento de Hotelaria Hospitalar há mais de um ano. Estes hospitais, apesar de terem suas estratégias bem definidas e terem uma rentabilidade que atenda o retorno de investimento, têm em sua hotelaria, problemas importantes e regulares no que se refere a satisfação do cliente em todo o ciclo de serviços. Um programa de qualidade consegue garantir a qualidade definida por seus gestores, mas não pela experiência vivida de seus clientes. A humanização só é possível ocorrer na maior parte dos casos, quando se transgredir os protocolos assistenciais e administrativos. Os processos de não conformidade são tratados internamente e não discutidos junto aos clientes ou ao menos, prestando alguma explicação adicional aos mesmos diante de uma reclamação.

A implantação de um novo conceito de relacionamento com o cliente, através de um novo modelo, pode ser fundamental para garantir seu atendimento de qualidade junto ao cliente. Os serviços de apoio poderão até conseguir se tornar

mais eficientes com a hotelaria (e normalmente conseguem), o que não significa que estarão obrigatoriamente atendendo melhor os seus clientes.

Para iniciar a demonstração dos resultados desta pesquisa, deve-se verificar o fluxo com que o paciente é atendido, admitido, internado, hospedado e finalmente, liberado das Instituições de Saúde pesquisadas, que será chamado neste estudo de Gestão de Leitos:

2.1 A GESTÃO DE LEITOS

Um hospital, diferente de um hotel, não mede sua performance através de suas diárias. As diárias passam a ser um percentual muito pequeno da receita bruta total. Em um hospital, a maior fonte de receita está nos procedimentos, chegando a fazer sentido a afirmação de que nos primeiros dias as diárias são mais bem pagas. Interessa muito a um hospital ter o cliente em alta para se ter um leito vazio para aquele cliente que de fato está em condições precárias de saúde e necessita o leito, pois estará consumindo mais procedimentos de exames, UTI e medicamentos.

Para tanto, conhecer a margem de contribuição de cada procedimento e o seu volume de clientes pode ser fundamental para a tomada de decisão e definição de serviços de hospitalidade comercial necessários, baseando em sua intensidade e extensão.

A utilização da Matriz BCG pode ser utilizada para se definir o posicionamento de cada produto.

Exemplo:

Parto cesárea: R\$1.500,00

Volume de negócios: 120 pacientes

Ponto de Equilíbrio: 80 procedimentos

Lucro: 40 procedimentos

Histerectomia = R\$ 800,00

Volume de negócios: 60 pacientes

Ponto de Equilíbrio: 150 procedimentos

Prejuízo: 90 procedimentos

A margem de resultado interfere na rentabilidade que, integrada na gestão, melhora o retorno de investimento. Nos hospitais pesquisados não há um aproveitamento desta informação para intensificar ou incrementar os serviços. Estes dados pertencem a um universo de marketing e finanças que não entra em contato com o operacional. Durante o período de pesquisas, nenhum destes dados foi usado pelos gestores e nenhuma decisão sobre os serviços foi contemplada em virtude de informações desta natureza.

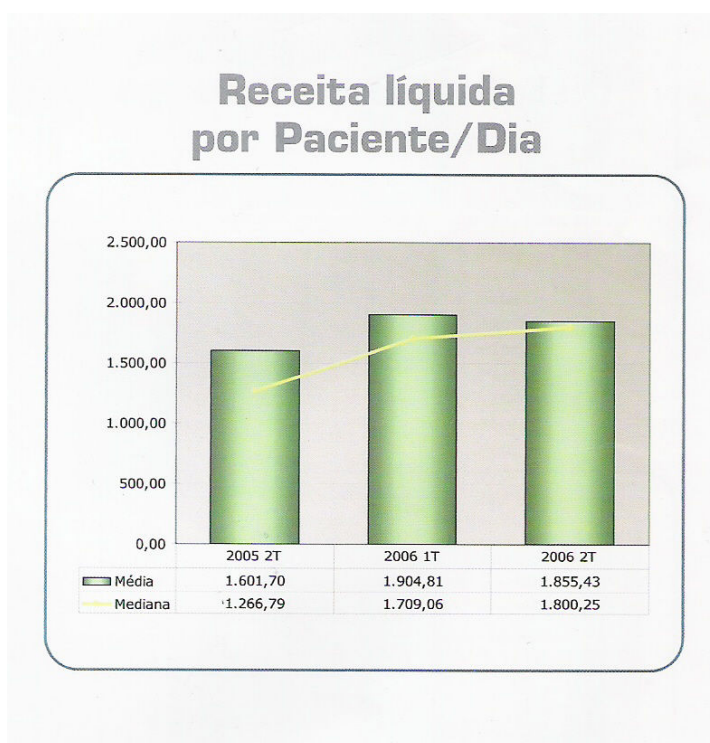


Gráfico 3: Receita Líquida por Paciente/dia em Hospitais Privados

Fonte: Sinha (2006, p. 3).

Outro dado importante é sobre a origem dos clientes. Embora os dois hospitais tenham um *software* de relacionamento com o cliente, não se utiliza e não se têm dados que na hotelaria convencional são considerados básicos como a origem de seus clientes, região onde moram, poder aquisitivo, hábitos individuais de hospedagem, entre outros. Nem um percentual de clientes vindos de outros estados, regiões ou país é considerado. Embora os dados existam, não são transformados em informação, logo nem disponibilizados à operação hoteleira. O *market share*, ou

seja, informações compartilhadas entre os concorrentes sobre taxa de ocupação, número de pacientes-dia, quantidade de cirurgias, quantidade de altas e de internações assim como diversos outros dados operacionais (fato corriqueiro na hotelaria convencional) não são levados em consideração para posicionamento estratégico, apenas usados para fins administrativos e estatísticos. Como a taxa de ocupação é relativamente alta, e nos dias de maior demanda faltam leitos, não há uma busca ativa por mais clientes e nem um esforço adicional em suas estratégias de fidelização junto aos clientes e médicos. Quanto aos médicos, apesar de um grande número de profissionais cadastrados, apenas cerca de 20% são ativos e representam a maior produtividade e rentabilidade da empresa. Em ambas as empresas, notou-se que as ações com estes profissionais são massificadas e padronizadas a todos. Desconhecem o desejo dos médicos enquanto clientes-meio da organização, não reconhecem nem estimulam a produtividade e não os incentivam a prestar um melhor atendimento junto a seus clientes. As ações de sensibilização verificadas durante os doze meses foram cartões de aniversário e um jantar no dia do médico no hospital X e um coquetel seguido de palestra no auditório do hospital Y.

A maior parte dos clientes dos hospitais X e Y são oriundos dos consultórios médicos do corpo clínico de ambos os hospitais e são casos cirúrgicos, conhecidos como cirurgias eletivas, com data e horário para ocorrer. A experiência vivida pelo cliente quando o hospital não toma alguns cuidados com a fase pré-hospitalização pode ser também bastante prejudicada, pois reflete a pré-disposição com que o cliente irá perceber os serviços a serem executados. Nos hospitais pesquisados, percebeu-se o seguinte fluxo no atendimento ao cliente:

1. cliente é atendido pelo médico em consultório
2. médico detecta necessidade de cirurgia
3. médico liga para o hospital e reserva sala cirúrgica
4. centro cirúrgico reserva sala e solicita ao setor de compras uma cotação dos materiais a serem utilizados na cirurgia e informa setor comercial
5. setor comercial solicita autorização ao convênio do paciente para a compra dos materiais apresentando a cotação
6. cliente é informado invariavelmente pelo médico para que no dia de sua consulta chegue bem cedo, pois poderá não encontrar leitos livres.

7. cliente chega ao hospital às seis horas da manhã sem saber ainda se sua senha do convênio foi autorizada e liberada, se terá que deixar algum cheque caução pelo procedimento e em qual horário fará a cirurgia.

Normalmente, a diferença de tempo entre a chegada do cliente ao hospital e de sua entrada no apartamento é de aproximadamente uma hora, classificada da seguinte forma:

- Chegada ao hospital até início do atendimento (20 minutos)
- Atendimento e cadastramento pela Internação (20 minutos)
- Tempo de espera para ser encaminhado (10 minutos)
- Encaminhamento até a instalação do cliente no quarto (10 minutos)

A hotelaria sendo implantada como um modelo de gestão poderá propiciar a seguinte situação:

- 1 cliente é atendido pelo médico em consultório
- 2 médico detecta necessidade de cirurgia
- 3 médico liga para o hospital e reserva sala cirúrgica
- 4 centro cirúrgico reserva sala e solicita ao setor de compras uma cotação dos materiais a serem utilizados na cirurgia e informa setor comercial
- 5 setor comercial solicita autorização ao convênio do paciente para a compra dos materiais apresentando a cotação.
- 6 somente após a liberação do plano de saúde do cliente, o setor de pré internação entra em contato com o cliente para informar o horário em que deverá chegar ao hospital, quais informações importantes deverá saber (trazer escova de dente, muda de roupas, enxoval do bebê – em casos de partos) – e necessidades especiais – o cliente não ser diabético, não significa que deseje açúcar em seus alimentos. Uma dieta rica em ferro não deveria obrigá-lo a ingerir fígado, se há uma aversão alimentar. Servirá também para se saber sua religião, crenças, etnias e demandas não assistenciais, mas de hospedagem e que sejam importantes ao cliente.
- 7 É informado o nome do anfitrião ao cliente e o horário exato em que ele deverá chegar ao hospital

- 8 Cliente chega ao hospital, é abordado pelo anfitrião e entrega seus documentos a ele. Este entrega no setor de internação apenas para conferência.
- 9 O anfitrião o chama na sala de espera e o acompanha até o setor de internação onde assina os formulários necessários (termo de responsabilidade, recebimento do manual de orientações, etc.). O leito do cliente já está fisicamente reservado e caso ainda assim, o paciente tenha chegado antes da hora de sua cirurgia, só é chamado na ordem das cirurgias e não por ordem de chegada. Não há risco de deixar cheque caução, pois sua senha do convenio já foi autorizada e liberada.

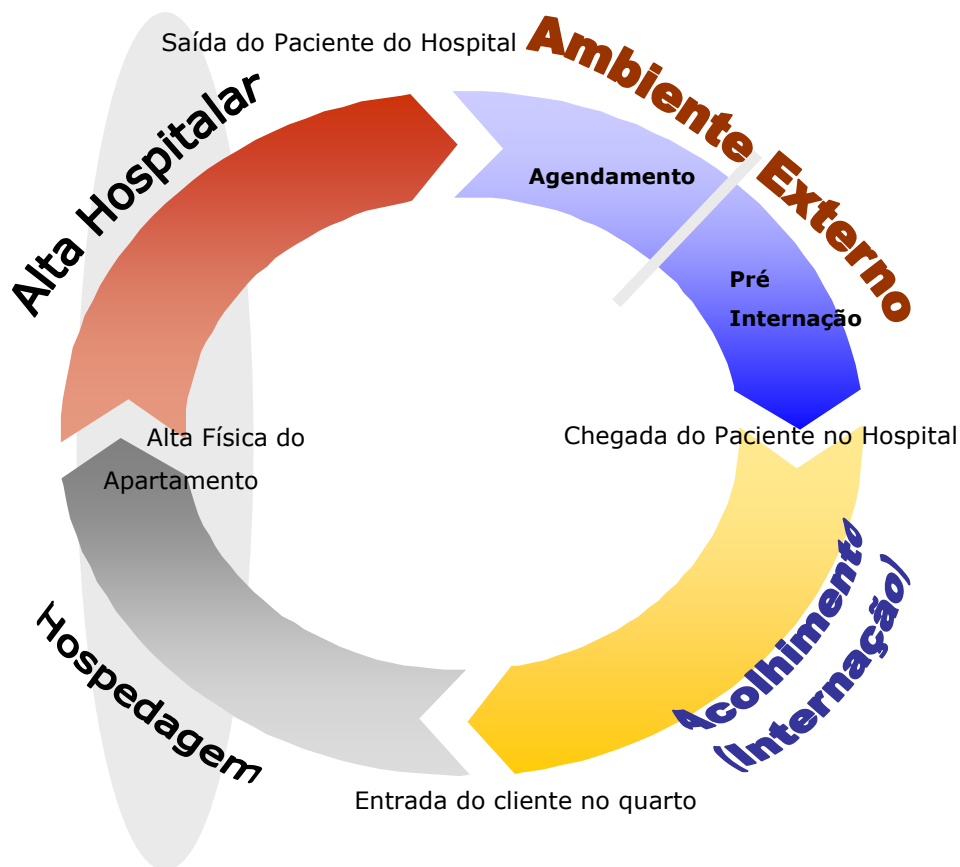


Figura 3 – Ciclo de serviços e os quatro momentos

Fonte: Elaborado pelo Autor

Nesta matriz podem ser observados quatro momentos distintos na relação do cliente com o hospital. No ambiente externo, ocorrem as comunicações telefônicas

ou eletrônicas como a marcação de cirurgias, exames e consultas, assim como as de sala cirúrgica para agendamento médico.

Diversas deficiências foram observadas ao longo da pesquisa em ambos os hospitais, prejudicando sobremaneira a percepção sobre os serviços prestados. Abaixo estão relacionadas as deficiências comuns às duas empresas:

- 1) Não são atendidas 100% da demanda existente. Muitos clientes chegam ao hospital sem a certeza se o seu plano de saúde aprovou sua cirurgia. Muitas vezes, por não ter sido autorizada, a cirurgia é desmarcada ou pode atrasar mais de cinco horas. Em uma ocorrência, durante o período de observação, um cliente teve o cateterismo autorizado, porém o catéter necessitava aguardar uma nova “senha”. Fato que gerou irritação do paciente, familiares, médicos e restou uma imagem de uma má prestação de serviços pelo hospital e não pelo plano de saúde.
- 2) Não há um prazo pré-estabelecido e nem um critério adotado pelas operadoras para as autorizações (considerando cirurgias com e sem material), Nem o hospital, nem o cliente sabem exatamente quanto tempo poderá demorar a autorização. As diferenças de tempo entre planos de saúde diferentes podem ser de até dez dias, considerando o mesmo procedimento médico. Em alguns casos, observou-se que o mesmo procedimento pode ter prazos diferentes, conforme o dia ou a disposição da atendente do plano de saúde.
- 3) Não são informadas todas as especificidades a respeito do cliente, impossibilitando o adequado agendamento e um melhor relacionamento junto ao cliente de saúde. Muitas vezes, quem marca a cirurgia é a secretária do médico e a mesma não segue o correto procedimento. Cada hospital por sua vez tem exigências diferentes e burocracias, algumas maiores e outras menores. Muitos médicos escolhem os hospitais que mais facilitam a marcação de sala cirúrgica e que contemplem as preferências do médico, customizando quanto ao material cirúrgico em sala (tipo de fio cirúrgico, por exemplo) e a flexibilidade de horários na marcação das cirurgias. Erros com os nomes dos pacientes, idade ou preparo pré-cirúrgico ocorrem com regularidade, ocasionando um desconforto para o médico e o paciente em algum momento. Nenhum dos hospitais aproveita esta chance de relacionamento com o cliente para lhe questionar sobre hábitos de sua

hospedagem (restrição alimentar, hábitos culturais ou religiosos, tipo de travesseiro que prefere, entretenimento, recomendação sobre suas visitas, uso de medicamentos entre outros).

- 4) Não é conhecida pelo cliente a previsão do tempo de permanência no hospital. Em muitos casos, nem pelo próprio hospital. Esta informação está centralizada no próprio médico que decide quando (em que dia e em que horário) deverá ocorrer a alta médica. Para a melhor gestão do hospital, estas altas sendo dadas no período da manhã facilitariam o trabalho dos profissionais, além de possibilitar uma melhor gestão dos leitos, reduzindo o tempo de reocupação.
- 5) A documentação necessária não chega aos setores pertinentes nos prazos adequados. Ainda que grande parte das informações seja eletrônica, a dificuldade na comunicação entre os setores causa morosidade na entrega do serviço.

Especificamente em relação à fase de pré-internação, percebeu-se algumas falhas comuns às duas instituições:

- 1) Ocorre contato com o cliente em apenas 80% dos casos eletivos. Alguns clientes chegam ao hospital sem terem sido contactados pela área de atendimento do hospital. Já, outros, são contactados e dependendo da ocupação do hospital é oferecido um quarto para que o cliente possa se internar na véspera do dia da cirurgia.
- 2) As documentações internas não são adequadas (cadastro, solicitação de internação, material e outros).
- 3) Não há um contato prévio com o paciente para envio de questionário de hábitos e preferências de hospedagem, como já explicado assim como recomendações funcionais para internação.
- 4) Não há contato com o paciente para cumprimento antecipado dos trâmites burocráticos.
- 5) Em um dos hospitais, não há contato com as operadoras para confirmar a internação. A formalização quase sempre é realizada com o próprio paciente.
- 6) Não há o agendamento do horário da internação e nem o nome de um funcionário de atendimento que receba o cliente e será o responsável pelo acolhimento do mesmo.

Especificamente em relação a fase de internação, percebeu-se algumas falhas comuns às duas instituições:

- 1) A recepção do cliente deveria ser realizada por algum profissional de atendimento do hospital (anfitrião, mensageiro ou *hostess*) que acolhe o paciente pré-agendado com dados necessários para o cumprimento do horário cirúrgico.
- 2) Ainda este profissional deveria encaminhar a documentação do paciente para a internação e gerenciar seu atendimento
- 3) Deveria também acompanhar o paciente para internação para formalização do processo (assinatura do termo de consentimento, termo de responsabilidade, entrega do manual de orientação e do controle remoto⁶).
- 4) Deveria apresentar o apartamento e as rotinas de funcionamento e serviços do hospital para o cliente.

Estes processos poderiam fazer parte da rotina de atendimento no acolhimento do cliente. Os serviços permitem efetuar uma aproximação entre o cliente e os colaboradores do hospital. A construção deste vínculo ocorre no momento em que o cliente tem contato com o primeiro funcionário. O vínculo entre as partes ainda é frágil e para se fortalecer necessita de coerência dos serviços prestados. “O interesse dos dois é que cria o vínculo. O utilitarismo é a única moral possível a dois estranhos e ele é pertinente para todas as relações [...] (GODBOUT, 1999, p. 239)”.

Desta forma, conhecendo antecipadamente o horário de chegada do cliente (com todas as autorizações necessárias prontas) e o mesmo sabendo o nome de quem procurar ao chegar no hospital, aproximaria os processos e facilitaria os serviços a serem oferecidos, encantando este cliente. O cliente perceberia que o hospital estaria preparado para o atendimento e uma série de outras possibilidades em serviços seria possível ocorrer. A recepção no lobby do saguão, comum a grande parte dos hospitais, poderia ter outra função, uma vez que a internação poderia ser realizada no próprio apartamento do cliente por meio de um *palm top*, ou equipamento com conexão com o sistema informatizado (com o mesmo já instalado confortavelmente). Ainda que demorasse para sua cirurgia ocorrer, o mesmo estaria menos vulnerável, com a sensação de “atendido” e mais tolerante a

⁶ O controle remoto do televisor no hospital X está condicionado à internação, enquanto que no hospital Y, o controle remoto fica disponível dentro do quarto.

outras eventuais esperas, podendo se concentrar psicologicamente para sua cirurgia. Mesmo o acompanhante poderia se beneficiar deste novo modelo. Em uma maternidade, um acompanhante de uma puérpera poderia ter a opção de assistir o parto “ao vivo” na sala cirúrgica, em uma sala de espera própria para este fim (lounge) ou simplesmente aguardar no apartamento. Porém sem barganhas, insistências ou incertezas. Os serviços estariam planejados e orçados. O acompanhante estaria escolhendo o cardápio do almoço do dia seguinte, recebendo os convidados em local apropriado, com serviços focados em sua hospedagem.

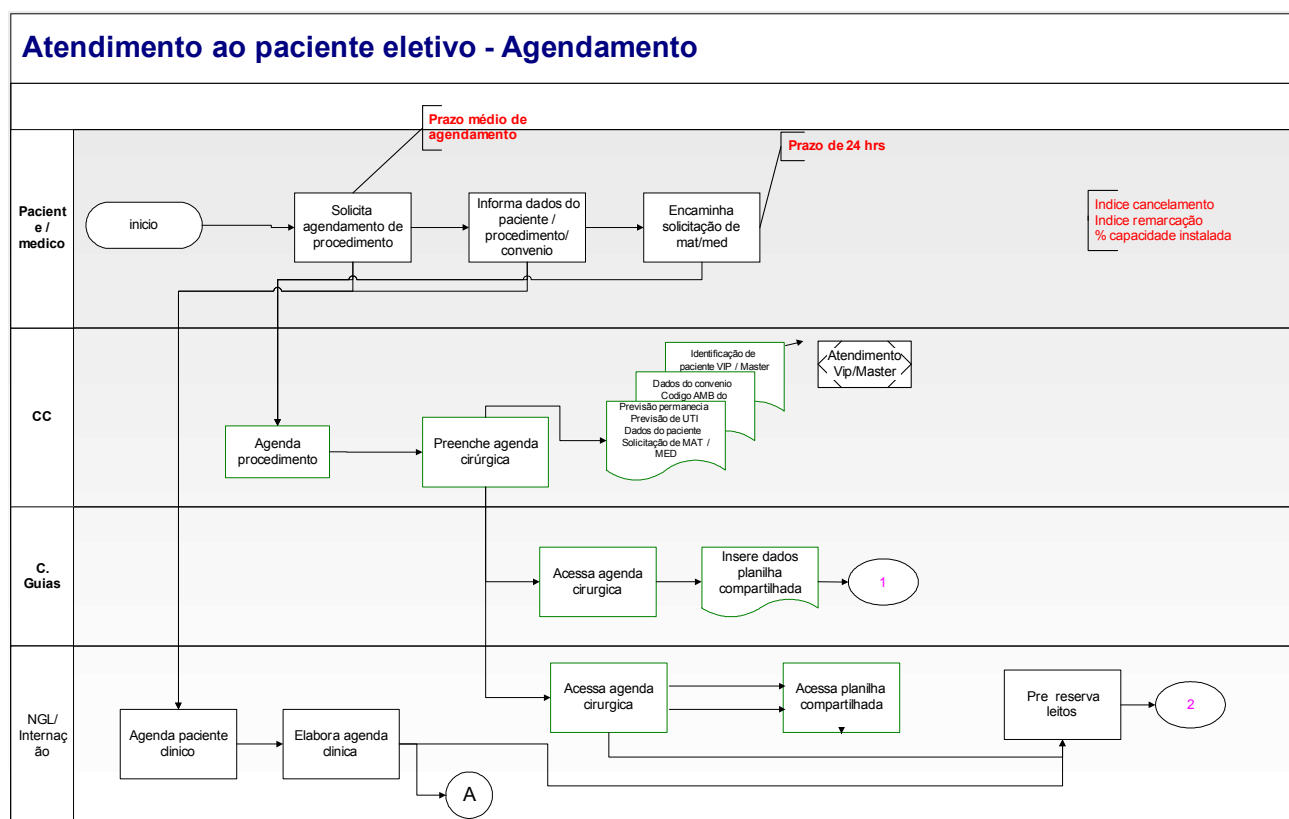


Figura 4: Fluxograma do processo de agendamento

Fonte: Departamento de Hotelaria do Hospital X

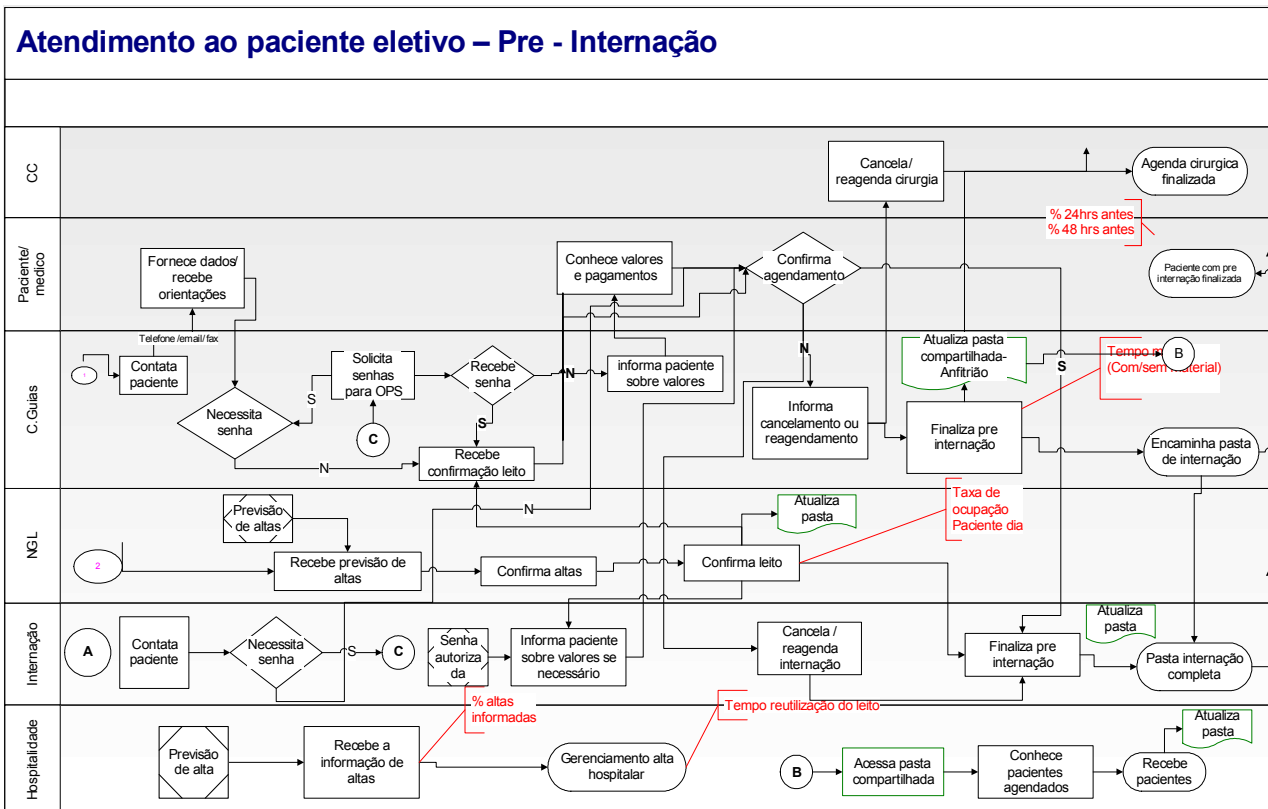


Figura 5: Fluxograma do processo de pré-internação

Fonte: Departamento de Hotelaria do Hospital X

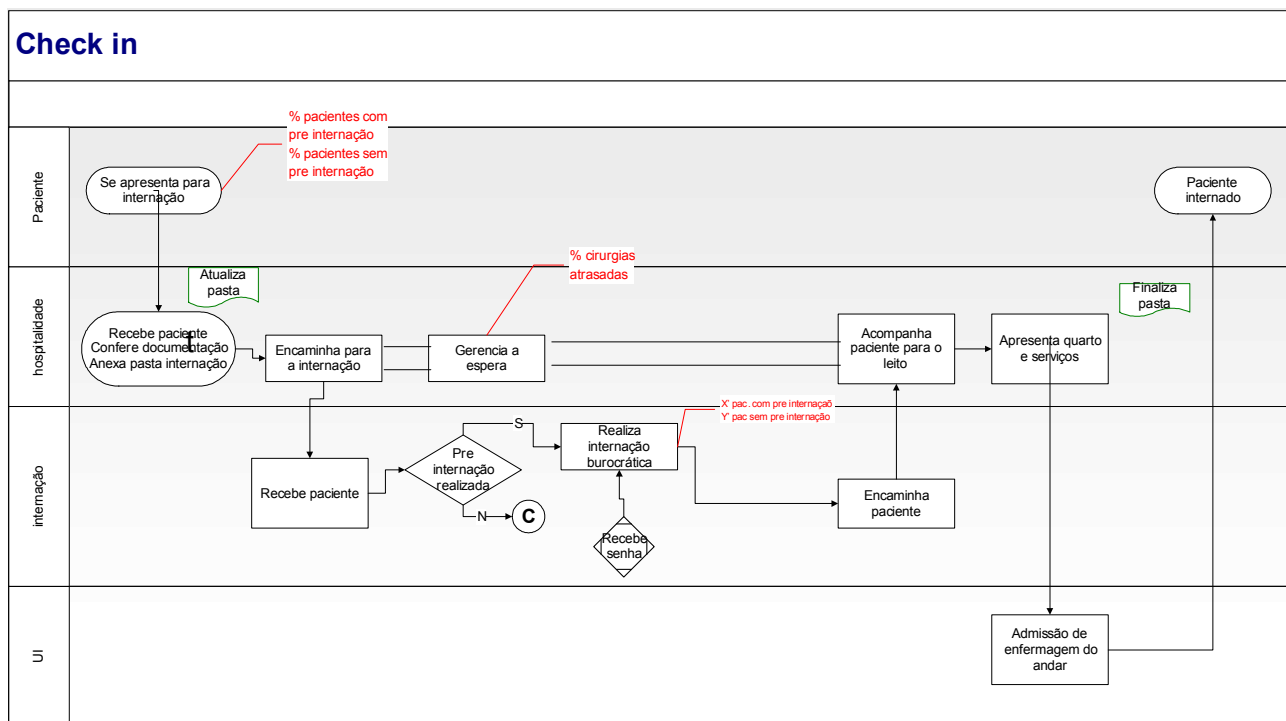


Figura 6: Fluxograma do processo de check in

Fonte: Departamento de Hotelaria do Hospital X

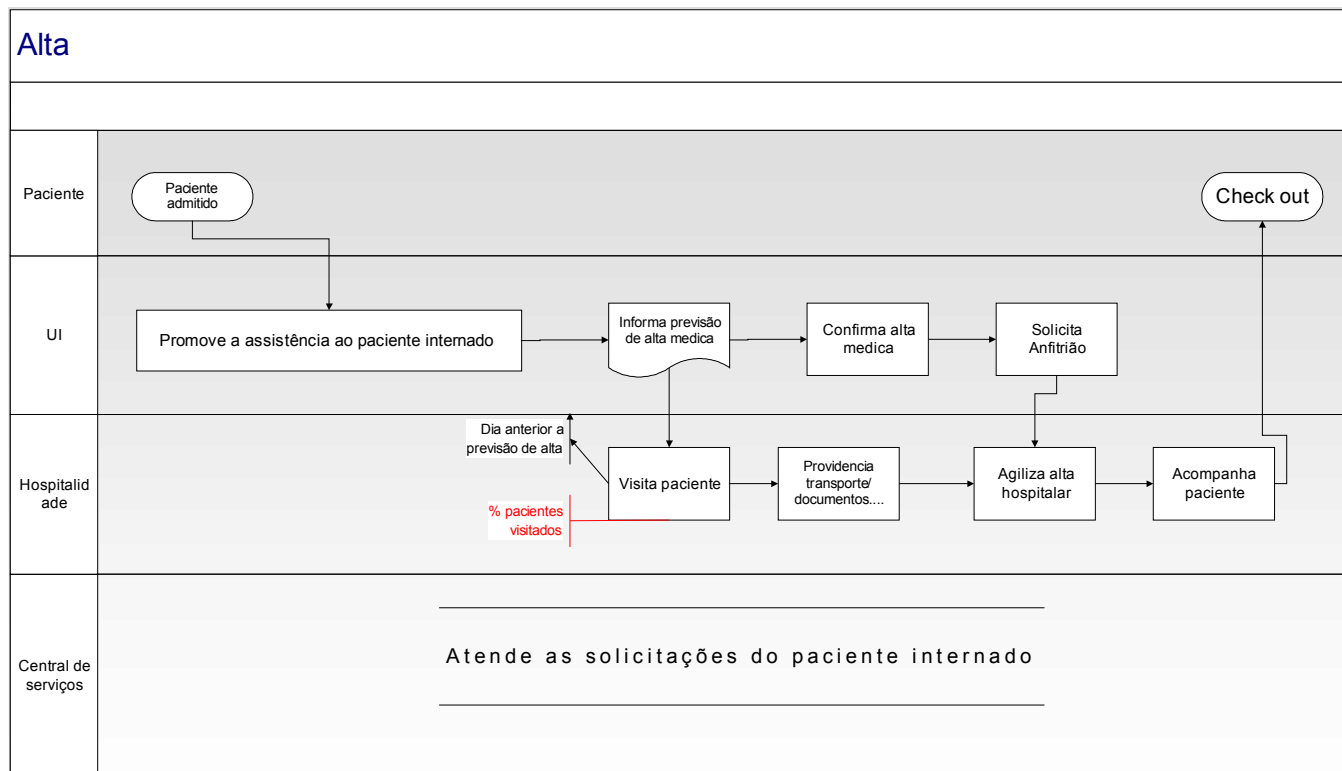


Figura 7: Fluxograma do processo de alta

Fonte: Departamento de Hotelaria do Hospital X

2.2 NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO

Antigos paradigmas foram quebrados com a inserção da hospitalidade em Instituições de Saúde. Percebeu-se que não é fácil mensurar as expectativas de clientes, mas é possível medir suas necessidades, mesmo as desconhecidas por eles próprios.

O contato com o cliente, portanto, deve contemplar um escopo que não apenas atenda às suas expectativas prévias, mas também as exceda, antevendo até necessidades futuras. O cliente tem necessidades desconhecidas por ele próprio, portanto cabe ao gestor enxergar estas necessidades e surpreendê-lo através de serviços.

Muitos cuidados são necessários ao se planejar novos serviços ao cliente. A intensão e a extensão do contato do funcionário com o cliente podem ser planejadas assim como os serviços devem estar em sintonia com o tipo de público da empresa.

Serviços em condições e tempos não pertinentes podem gerar desconforto e constrangimento a ele.

O Brasil apresenta extenso território e cada região, no mínimo, equivale a uma cultura, e por consequência, expectativas, necessidades e intensidades diferentes. Em uma grande metrópole, a questão tempo tem estado diretamente relacionada com a satisfação. A tolerância do consumidor diminuiu e sua busca por serviços aumentou, assim como a busca por novidades tecnológicas, que dêem preferência e economizem seu tempo.

As pessoas vivem cada momento com profunda intensidade psicológica. Para aprofundar o tempo, as pessoas aceleram as suas atividades, tentam fazer diversas coisas de uma vez ou administrar seu tempo de maneira mais precisa. Quando as pessoas esperam mais atividades em menos tempo, tendem a frequentar locais que ofereçam a possibilidade de vivenciar muitas experiências em curtos períodos (ROBINSON; GODBAY, 1997 apud CHON; SPARROWE, 2003, p. 278).

A transição demográfica não pode deixar de ser lembrada neste contexto, como já explorado no capítulo 1, observando a queda nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, gerando um aumento da população de terceira idade, mudando a estrutura etária da população, a pirâmide populacional e conseqüentemente o futuro consumidor. Estes dados devem trazer ao gestor hospitalar um novo modelo de gestão frente a este novo consumidor, levando em conta a exclusão, a política existente em volta dos planos de saúde e as novas tendências do consumidor.

2.2.1. Os Modelos

Os modelos, segundo Alves (2005, p. 47), nada mais são que construção intelectual, palpites e aposta baseados na crença que existe uma relação de analogia entre o que conhecemos e o que desejamos conhecer. Os modelos são, efetivamente, a parte conhecida da relação analógica, são entidades construídas intelectualmente por nós mesmos. É uma representação simplificada e abstrata de fenômeno ou situação concreta e que serve de referência para a observação, estudo

ou análise, baseado em uma descrição formal de objetos, relações e processos, e que permite, variando parâmetros, simular os efeitos de mudanças de fenômeno que representa.

Para Kaplan e Norton (1997, p. 22) “Modelo é uma representação simplificada da realidade”.

Modelo é, portanto, uma forma de representar de maneira simplificada uma realidade, servindo para se demonstrar os aspectos relevantes dessa realidade, que muitas vezes é complexa. Os modelos, normalmente, permitem a simulação por meio da manipulação da realidade envolvida.

Vantagens de modelo:

- Permite experimentação;
- É um sistema de referência;
- Pode ser usado como elemento de controle de previsão;
- Permite simulação.

Muitos gestores de hospitais compreendem que a melhoria no atendimento ao cliente de saúde está relacionada com uma forma de melhorar as técnicas de trabalho, por exemplo, usam da hotelaria somente seus elementos, não conseguindo contemplá-la como uma estratégia de posicionamento em relação à marca no mercado. Não conseguem utilizar uma hospitalidade que transcenda um departamento de hotelaria.

Em grande parte, totalmente ausentes do processo administrativo, por motivos já expostos, profissionais da equipe assistencial negligenciam comissões, reuniões administrativas e treinamentos que poderiam ser úteis para otimizar a qualidade do serviço prestado.

Muitos médicos e enfermeiros, por trabalharem em diversos hospitais, não mantêm vínculo empregatício e emocional com nenhuma instituição em especial e não se consideram subordinados às regras de horários de altas e internação, preenchimentos de prontuários e padrão de apresentação pessoal e atendimento oferecido ao cliente, prejudicando sobremaneira o gerenciamento de leitos, o tempo de espera de internação na recepção e consequentemente o atendimento e a assistência ao cliente de saúde.

Considerando que as empresas têm como uma de suas tarefas, criar e manter clientes faz-se necessário entender como os clientes fazem suas escolhas, já que o mercado é tão competitivo.

Os clientes avaliam qual oferta proporciona maior valor. Eles procuram sempre maximizar o valor, dentro dos limites impostos pelos custos envolvidos na procura e pelas limitações de conhecimento, mobilidade e receita. Eles formam uma expectativa de valor e agem com base nela. A probabilidade de satisfação e repetição da compra depende de a oferta atender ou não a essa expectativa de valor (KOTLER, 2000, p. 78).

Optar por modelos adequados ao atual mercado, ao estilo de gestão e política interna do hospital pode ser a diferença entre o sucesso ou o fracasso de uma instituição de saúde, onde o paciente passa a ser entendido como consumidor.

As tendências de mercado e as necessidades e exigências do cliente caminham para uma tendência de personalização do serviço, variedade de escolha dos produtos, qualidade, baixo preço, entre outros (BORBA, 2004, p. 243).

Rosso (2004) comenta que muitos hospitais têm seus modelos derivados da sorte e não de uma escolha realizada e trilhada em direção às metas pré-estabelecidas.

Os modelos representam uma escolha que cada instituição faz, consciente ou inconscientemente ... entretanto, a inconsciência neste caso, significa aceitar que a sorte também determine os caminhos de sua instituição (ROSSO, 2004, p. 38).

2.3 CULTURA ORGANIZACIONAL E O MODELO DE GESTÃO

A cultura organizacional delimita as relações desencadeadas no negócio e impede ou promove a existência de um novo departamento de Hotelaria Hospitalar ou qualquer outra mudança dentro do hospital. Segundo Foucault (2000, p. 108) “A reorganização do hospital ocorreu à partir de uma técnica política e não médica.” Esta reorganização do hospital criou um modelo importante para a época e como

cita o autor, a técnica política, ainda muito usada, foi e é a mais utilizada, afetando diretamente a cultura e como consequência seus resultados.

As lideranças da empresa também têm o papel de agregar valor ou minimizar as possibilidades de mudanças na organização. Elas possuem o papel de criar, modificar, destruir ou recriar os valores, crenças e normas desta cultura.

Percebe-se que a falta de conhecimento e a resistência ao novo pelos funcionários do hospital são alguns dos maiores desafios que a implantação da Hotelaria Hospitalar enfrenta e invariavelmente é dificultada por não estar em coadunância com a cultura organizacional daquela instituição.

Segundo Bernardes (1991, p. 66), “as organizações são microssociedades e, por isso, nelas devem desenvolver culturas como na sociedade”, podemos dividi-las em culturas, subculturas e contraculturas.

A cultura de uma organização dá-se de normas e valores, meios que uma organização utiliza para alcançar seus objetivos. Conforme Bernardes (1991, p. 66) a cultura é “para designar o conjunto de características que diferenciam não mais o indivíduo, mas a sociedade entre si”.

A subcultura pode-se dizer que é formada por várias crenças, sendo ramificações da cultura mais ampla de uma sociedade. A exemplo, podemos dizer que o setor de apoio e a área assistencial de um hospital têm funções muito diversas, pois existem normas de procedimentos, processos de trabalhos, tendo como resultado atitudes e sentimentos diferentes, gerando assim a formação de uma subcultura nas organizações, que irá influenciar na cultura das organizações, derivada da cultura da sociedade. Conforme Lopes, Prado e Marques (2005, p.17), a implantação da Hotelaria Hospitalar tem como desafio derrubar as barreiras construídas, diferenciando hospitalidade de luxo, respeitando a equipe assistencial e implantando a equipe de apoio, transforma-se em sub cultura da organização.

Rosso (2004) comenta que na maioria dos casos é a pessoa do fundador da empresa quem exerce maior impacto na formação da cultura. Seus valores, idéias, objetivos e personalidade – que por sua vez estão influenciados pelos valores de seu próprio entorno – constituem a base a partir da qual a organização inicia sua existência, sobrevive as primeiras dificuldades e se desenvolve. Esta cultura prevalece até o momento no qual este conjunto for insuficiente ou não for mais competitivo para resolver problemas e manter a sustentabilidade da empresa. “Nesses momentos de crises, que afetam a essência da cultura, geralmente novos

líderes surgem para processar a transição cultural necessária (ROSSO, 2004, p. 53).”

A implantação da hotelaria, pois, deve estar sendo “patrocinada” pela alta administração para que sua cultura absorva novos serviços e conceitos. Caso contrário, os serviços estarão somente na superfície, sua eficácia será evidentemente artificial e não terão continuidade após o término de investimentos, retrocedendo o modelo de gestão anterior, assim reforçando os antigos paradigmas. Os serviços de hotelaria deverão se apropriar da cultura interna e a atitude de hospitalidade deverá ser natural à equipe, caso contrário, não há como o modelo ser implantado com consistência.

Hamel e Prahalad, especialistas mundiais em estratégia empresarial, também são defensores da idéia de que quanto maiores forem as dificuldades econômicas e as crises, a inovação pode ser uma das grandes saídas para se diferenciar no mercado e alavancar a empresa. “Na ausência de desafios nitidamente definidos, os funcionários ficam impotentes para contribuir para a competitividade (PRAHALAD; HAMEL, 2005, p. 160)”. Podemos entender que a hotelaria nos hospitais ainda é uma mudança de paradigma muito grande frente às inúmeras dificuldades existentes em sua implantação e pode ser entendida como uma inovação na área de saúde, cujas dificuldades já foram abordadas.

2.4 TENDÊNCIA DE UM NOVO MODELO DE GESTÃO: OS HOSPITAIS ECONÔMICOS

Ainda persiste no mercado hospitalar que o hospital para ser lucrativo deve ser de grande porte, e também a premissa de que será cada vez mais lucrativo a cada novo aumento de leitos ou expansão. Vale ressaltar que em ambos os hospitais pesquisados existiam projetos de expansão em andamento durante o período de pesquisa. Uma das tendências que se vê hoje é da construção de hospitais menores, com conseqüentes gastos menores e maior margem de lucro. Hospitais especializados em duas ou três especialidades no máximo, selecionadas baseadas nas maiores margens de lucro e volume de clientes por especialidade e procedimentos. Hospitais de grande porte com mais de 300 leitos acabam sendo

caros e difíceis de manter. Muitos destes acabam por descentralizar seus serviços criando unidades de atendimento menores fora do hospital, em bairros que estrategicamente podem ser mais interessantes para aquele tipo de serviço. Muitos hospitais têm realizado parcerias com outros investidores, como fundos de pensão ou grupos de investimento, construindo ao lado do hospital torres de consultórios médicos, unidades de laboratório de coletas e exames, e até mesmo o prédio de maternidade. Em um hospital de grande porte, o número de variáveis externas é muito grande, o custo se torna alto por inúmeros motivos, como por exemplo: cirurgias canceladas, alto número de funcionários especializados e gastos fixos em serviços gerais para se manter a estrutura física.

Uma das características predominantes nos hospitais de hoje é a obsessão pelo crescimento. O crescimento econômico e físico é a busca por um maior mercado ao invés de se trabalhar melhor as taxas de ocupação existentes atualmente. Temos praticamente todos os hospitais de São Paulo de grande porte com taxas mínimas e máximas entre 70 a 90 % de ocupação. O aumento de um novo leito para um hospital (quanto mais especializado, mais caro será) pode significar um aumento de gasto fixo exorbitante. Um novo leito em UTI poderá gerar um acréscimo de muitos novos funcionários e gastos fixos. Muitas empresas fazem da expansão da instituição, sua meta suprema, tentando gerar novas receitas baseadas no aumento de leitos, ao invés de se trabalhar melhor os gastos existentes tornando-os suficientes para atender aquela demanda.

Isso levou os muitos administradores e gestores hospitalares a acreditarem que a demanda determina o número de leitos a serem disponibilizados, enquanto que um novo modelo de gestão pressupõe que é justamente o inverso, nossa disponibilidade e capacidade em gerar qualidade nos serviços prestados limitam a quantidade de leitos que devem existir.

Schumacher (1975, p. 19) salientou em seu livro “Small is beautiful” que necessitamos de uma “tecnologia com rosto humano”.

Os hospitais se expandem, tornam-se grandes e depois necessitam de grande volume de negócios para conseguir manterem-se lucrativos. Uma negociação errada com os convênios, a perda de um parceiro que detém grande parte do faturamento poderá por em risco a continuidade de todo o negócio.

Um dia vi meu problema no espelho. Tinha orgulho do tamanho de minhas empresas. Adorava comprar equipamentos. Gostava sempre de me

vangloriar que sempre havia uma obra em andamento em minha empresa. Era divertido ser o líder de uma manada de búfalos em expansão. Eu encorajava as pessoas a gastarem (BELASCO; STAYER, 1994, p. 167).

Um atraso entre uma cirurgia e outra tem um impacto negativo em tempo de sala cirúrgica parada como para as companhias aéreas com a aeronave no solo ou atraso do voo. A capacidade de gerar receita diminui e seus clientes (todos: pacientes, médicos e acompanhantes) ficam frustrados, ansiosos e corre-se o risco de transferir este paciente para outros serviços.

A limitação do crescimento e a integração da qualidade mínima necessária para o atendimento poderiam criar um indicador que responderia à seguinte pergunta: Quanto posso crescer para manter o atendimento em um nível excelente? Quantas novas unidades se podem ter sem descaracterizar o produto?

Normalmente a pergunta formulada parte da premissa errada que é: Quanto de demanda ainda existe para maximizar os serviços já existentes?

Num hospital, diferente da hotelaria convencional, pode-se maximizar leitos os diferenciando por suítes, por exemplo, apartamentos privativos e enfermarias (que podem ter, nos hospitais particulares, de dois a três leitos).

A proposta de um novo modelo de gestão é considerar os setores que compõe a hotelaria como unidades de negócio e não somente como centros de custos, como a maior parte dos modelos existentes atualmente considera. Conhecendo as unidades de negócio, pode-se otimizar seu desempenho através de indicadores operacionais relativos a cada tipo de gasto.

A maior variável no gerenciamento de leitos de um hospital é de se conhecer as altas e as entradas. As chamadas cirurgias eletivas são os únicos grupos capazes de gerar alguma previsão de entrada. A demanda por leitos existentes das altas de UTI e centro cirúrgico, assim como as vindas de Pronto Socorro (esta última que nos hospitais pesquisados hoje representa no mínimo 40% das internações) são de difícil previsão. Não obstante, a previsão de altas é um dado difícil de estimar. A grande maioria dos hospitais de grandes metrópoles, hoje trabalha na incerteza de que seus clientes não serão transferidos para outros serviços, pois podem estar com *overbooking* naquele momento. Para aquele momento do dia, ainda que houvesse mais de cinquenta leitos disponíveis, por exemplo, estes seriam utilizados, mas em outro momento, estariam vazios (ainda assim com um custo muito alto).

Em um dos hospitais pesquisados (Hospital X) ficou clara esta situação, pois sua taxa de ocupação anual flutuava em torno de 70% ao mês, e ainda assim, havia ocorrência em média, de vinte transferências por dia por falta de leitos. Faltavam leitos (ou apresentavam-se indisponíveis) em momentos que mais se precisava dos mesmos. Algumas horas depois, o leito estava liberado, mas os clientes já haviam sido transferidos para outros hospitais. Uma vez transferidos, o hospital nem acompanhava a hospedagem de “seu” cliente no seu concorrente e este, muitas vezes, deixava de voltar para o hospital que originalmente escolhera, migrando para o serviço ao qual o hospital eleito por ele o transferiu.

Aprender esta evolução dinâmica do gerenciamento dos leitos hospitalares deve fazer parte deste novo modelo de gestão, pois estratégias que são aceitáveis em um determinado momento tornam-se totalmente inadequadas em outro.

Os dois gráficos abaixo conseguem demonstrar o controle sobre o volume de pacientes no decorrer do ano, analisando o total de internações e pacientes / dia.

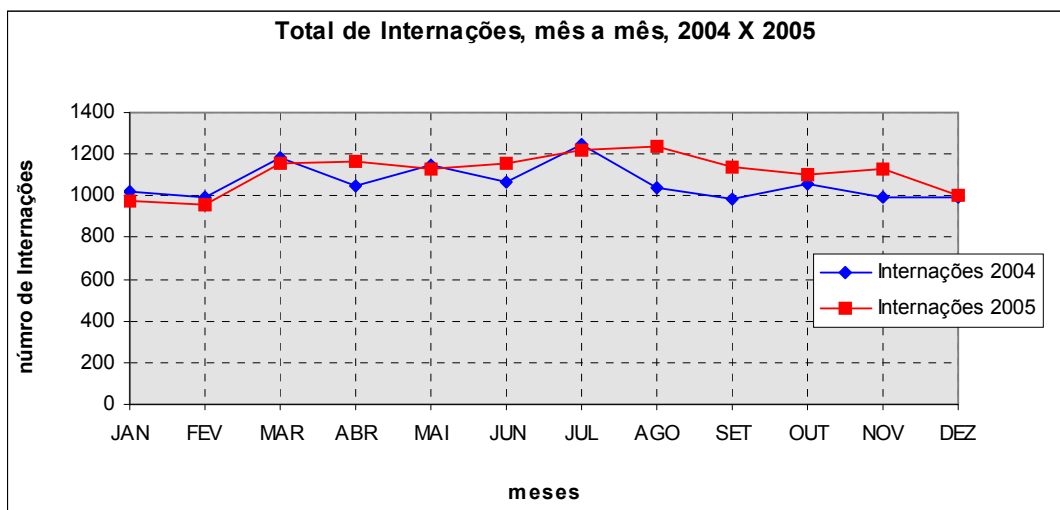


Gráfico 4 – Total de internações em 2004 e 2005 no Hospital X

Fonte: SAME (2005)

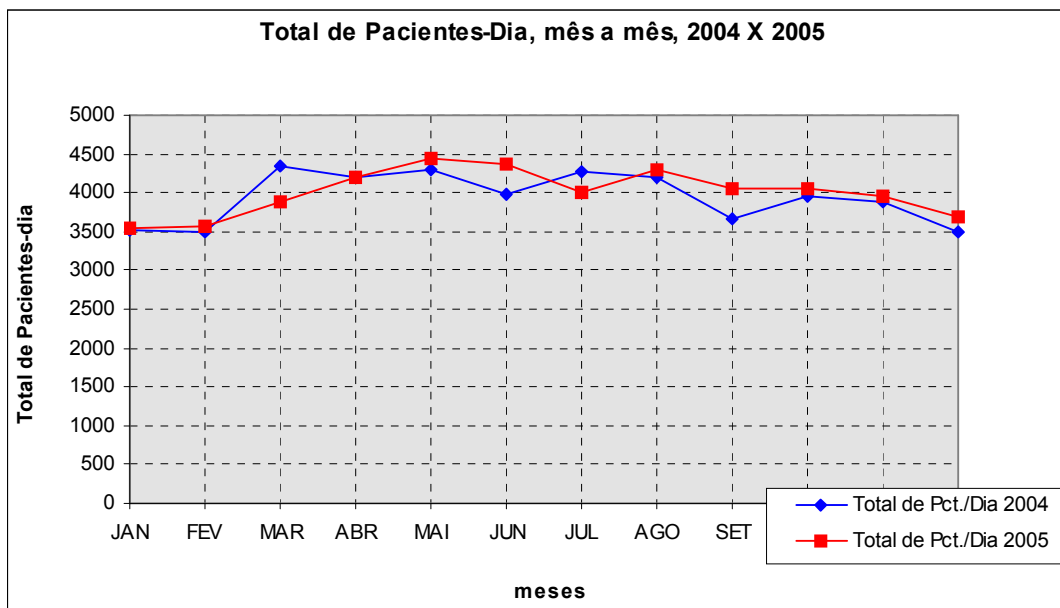


Gráfico 5 – Total de pacientes / dia em 2004 e 2005 no Hospital X.

Fonte: SAME (2005)

Já nos dois próximos gráficos, pode-se conhecer a média de permanência e a taxa geral de ocupação. Ou seja, quantos dias em média o cliente fica hospitalizado e o total de apartamentos ocupados sobre os disponíveis.

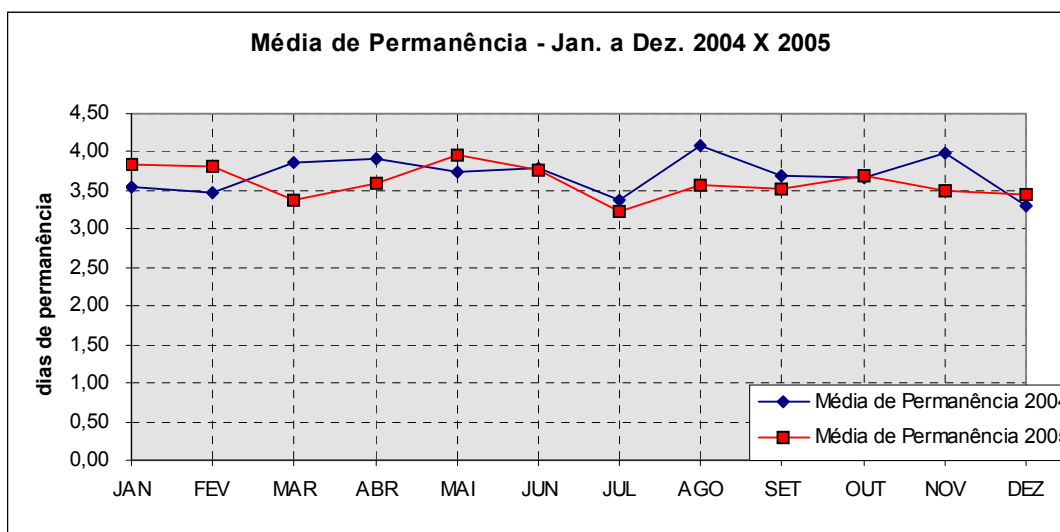


Gráfico 6 – Média de permanência em 2004 e 2005 no hospital X

Fonte: SAME (2005)

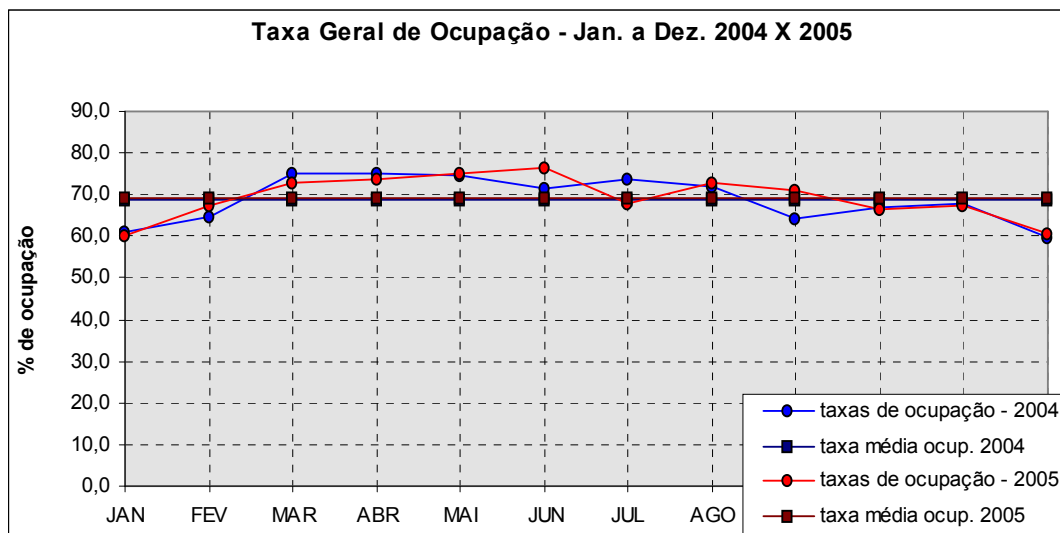


Gráfico 7 – Taxa geral de ocupação em 2004 e 2005 no hospital X

Fonte: SAME (2005)

Claro que novas demandas sempre existirão, mas caberá ao gestor adaptar-se a elas.

“Temos de fazer os clientes de saúde melhores consumidores, desenvolvendo aquilo que cada unidade de saúde tem condições de oferecer (MCKINSEY QUATERLY, 2006, p. 79, tradução livre)”. Entende-se que cada hospital tem que compreender sua vocação e conhecer se o cliente que está sendo atendido é de fato aquele que lá deveria estar, considerando sua patologia, os custos do hospital em tornar o processo lucrativo, o atendendo da melhor forma possível.

Hospitais-dia também se tornam um produto interessante, conforme apresentado no primeiro capítulo e já se percebe vários hospitais tradicionais destinando um de seus andares e parte de seus leitos para esta finalidade. Até mesmo laboratórios acabam por migrar para este produto, como é o caso do Fleury, com dois novos hospitais, um em Salvador e outro em São Paulo.

Como as cirurgias ambulatoriais e a UTI representam grande parte do faturamento de um hospital e não somente as diárias, diferente de um hotel, é interessante uma análise comparativa considerando o número de internações/mês versus número de cirurgias/mês.

Ao analisarmos o número de cirurgias suspensas nos hospitais pesquisados, encontraremos um número preocupante, próximo a 15% do número total de cirurgias

agendadas. Não se conseguiu medir com exatidão as suas causas, mas sabemos não ser privilégio de nenhuma das especialidades médicas. Observa-se que as principais causas são: (considerando dados comuns aos hospitais X e Y)

- não aprovação pelo convênio devido a problemas comerciais entre paciente e operadora
- falta de condição emocional ou física do paciente
- não comparecimento do paciente ao hospital ou desmarcação médica
- desistência do paciente devido à demora em ser chamado para a sua internação (nos casos de espera superior a cinco horas)

Durante a pesquisa em campo, tentou-se entender os motivos pelos quais os médicos solicitam aos seus pacientes para que cheguem o mais cedo possível ao hospital no dia de sua internação:

- existe um receio de que não existirá o leito disponível ao longo do dia, por este motivo, o médico solicita a todos os seus pacientes cheguem o mais cedo possível (em alguns casos, determinados médicos não dão alta para seus pacientes, pois desta forma, reservam o leito para seu próximo paciente, dando a alta somente no momento mais oportuno).

- em alguns casos, a equipe médica ainda não está completa para determinados procedimentos e por este motivo, é mais conveniente ao médico ter um número maior de opções (pacientes de diversas patologias) aguardando sua decisão.

- cirurgias que estão previstas para ter uma duração de seis horas, por exemplo, às vezes podem durar somente vinte minutos (um tumor de grande complexidade em que, ao efetuar a incisão, percebe-se que é inoperável). Dado este motivo, que normalmente não é rotina, mas sim, uma variável incontornável, parece ser mais interessante ter diversos outros pacientes disponíveis, ainda que tenham que esperar as “seis” horas, quase sempre, sem necessidade.

- a falta de confiança do médico na qualidade do hospital, fazendo com que antecipe a chegada de seus pacientes, pois existem preparos que deveriam ocorrer antes da cirurgia e muitas vezes não ocorrem, demorando em iniciar a cirurgia. Equívocos em relação a equipamentos e materiais que são solicitados e não estão disponíveis na hora da cirurgia (inclusive fios cirúrgicos).

Em praticamente todos estes casos, percebe-se um foco no hospital e não em seu cliente. Ainda durante a pesquisa em campo, outras evidências foram observadas, também com diversas inconsistências:

- falta de um critério uniforme da equipe médica na escolha da próxima cirurgia (alguns pediatras, por exemplo, entendem que as crianças mais novas deverão realizar suas cirurgias primeiro, pois tem menos tolerância ao jejum, outros acreditam que deverá ser o caso mais complexo e ainda outros pela ordem de casos mais simples para o mais complexo). Este fato acarreta que os pacientes cheguem todos no mesmo horário e que sua espera (em jejum) possa chegar a até mais que cinco horas.

- fornecedores oferecem produtos cirúrgicos não solicitados pelos médicos, como o comprador invariavelmente desconhece as necessidades de cada cirurgia, é convencido pelo vendedor, fazendo com que, muitas vezes, a conta do paciente aumente de forma considerável, tornando seu pagamento inviável pelo mesmo e promovendo a glosa pela operadora.

- vários setores do hospital ligam para o paciente antes de sua cirurgia, com informações muitas vezes contraditórias, podendo confundir o paciente e gerar o mesmo questionamento diversas vezes, demonstrando desorganização e retrabalho.

- as autorizações pelos planos de saúde não seguem um mesmo critério, uma situação pode levar algumas horas para gerar aprovação e uma outra situação idêntica chega a levar até dez dias.

- quem marca a maior parte das cirurgias é a secretária do médico que, nem sempre conhece as informações completas do paciente, gerando inconsistências quando este chega ao hospital.

- ao perceber uma dificuldade na internação eletiva, como por exemplo, o excesso de burocracia, muitos médicos acabam por realizar a internação através do pronto socorro, distorcendo a análise dos resultados e diminuindo os leitos disponíveis para a emergência.⁷

O objetivo é de evoluir tal análise, para que se possa tornar este novo modelo de gestão mais competitivo, e o tratamento dispensado ao cliente mais adequado.

⁷ É comum nos hospitais, reservas de leitos para pacientes vindos do pronto socorro, altas da UTI ou do centro cirúrgico.

Dados importantes para que o gestor possa gerenciar o hospital na implantação de um modelo de Hotelaria Hospitalar:

- número total de cirurgias agendadas
- número total de cirurgias realizadas
- número total de cirurgias suspensas
- número de cirurgias agendadas por especialidade
- número de cirurgias realizadas por especialidade
- número de cirurgias suspensas por especialidade
- principais causas de suspensão de cirurgias/especialidade
- tempo real de cirurgia por tipo e por equipe.
- tempo de permanência real na “recuperação pós anestésica”.

Os indicadores assistenciais também podem ser medidos à partir de ficha de acompanhamento do paciente que registra dados desde a sua admissão até sua alta.

Um relatório pode ser desenvolvido para os principais indicadores de consumo como os kits cirúrgicos e anestésicos, o material vindo da central de esterilização e os consignados. Para que o modelo de gestão seja completo, deve se incluir todo o tipo de gasto, como as solicitações de manutenção e os custos dos consertos feitos.

No mesmo relatório deverá constar o tempo máximo de atraso que coopere em suspender ou não as cirurgias. Este dado poderá ajudar a direcionar as cirurgias para horários que atendam a conveniência dos médicos, dos clientes e do hospital.

Entretanto, percebe-se que é uma tendência crescente no mercado de saúde, um aumento no número de cirurgias no período da tarde e noite.

Há um colapso, nos hospitais pesquisados, por falta de leitos, detectados no setor de internação, mas gerados por diversos motivos. Nem sempre o médico respeita o horário de alta recomendada pela administração. Normalmente as altas ocorrem ao mesmo tempo e não se tem equipe de limpeza para aprontar mais de quatro apartamentos ao mesmo tempo. A limpeza terminal leva aproximadamente 50 minutos realizada por dois auxiliares de limpeza. A equipe até então ociosa acaba tendo que higienizar inúmeros quartos e o gerenciamento dos leitos nesta situação é ponto de sucesso para a maximização das vendas e diminuição de tempo de espera dos clientes. Um novo modelo de gestão pode gerar os seguintes benefícios:

- Desospitalização das especialidades menos lucrativas e clínicas;
- Incremento no Hospital Dia e incremento no Serviço de Apoio ao Diagnóstico Terapêutico (SADT), como check up para executivos pagos por empresas.
- Lucratividade ligada a produção cirúrgica e não na revenda dos materiais cirúrgicos;
- Utilização de *Home Care* e Medicina Preventiva;
- Menor média de permanência dos pacientes;
- Maior índice de Renovação de pacientes;
- Menor índice de Intervalo de Substituição;
- Menor relação funcionário por leito;
- Menor Taxa de Ocupação no Ponto de Equilíbrio;
- Melhor atendimento pela hotelaria através de estímulos personalizados e não mais apenas diferenciados.

As causas mais comuns pela falta de leitos, segundo a pesquisa realizada, podem ser motivadas pelos seguintes fatores:

- Não há uma boa coordenação entre os serviços (higiene, manutenção, enfermagem);
- Médicos efetuam a alta mais tarde do que deveriam;
- Não há na coordenação da equipe de higiene uma visão macro e sistêmica, não maximizando a equipe nos respectivos horários e locais de maior necessidade;
- Duplas de “Limpeza Terminal” não são auto-suficientes, necessitando de uma líder de andares para a liberação do apartamento;
- Pacientes ficam no quarto mais tempo do que deveriam;
- Não existe um hábito de horário de alta no segmento hospitalar, como em hotelaria convencional, que se convencionou ao meio dia em grande parte dos hotéis;
- Médicos orientam o cliente a chegar muito cedo;
- Internação através do Pronto Socorro;
- Múltiplas condutas clínicas para casos de natureza semelhantes.

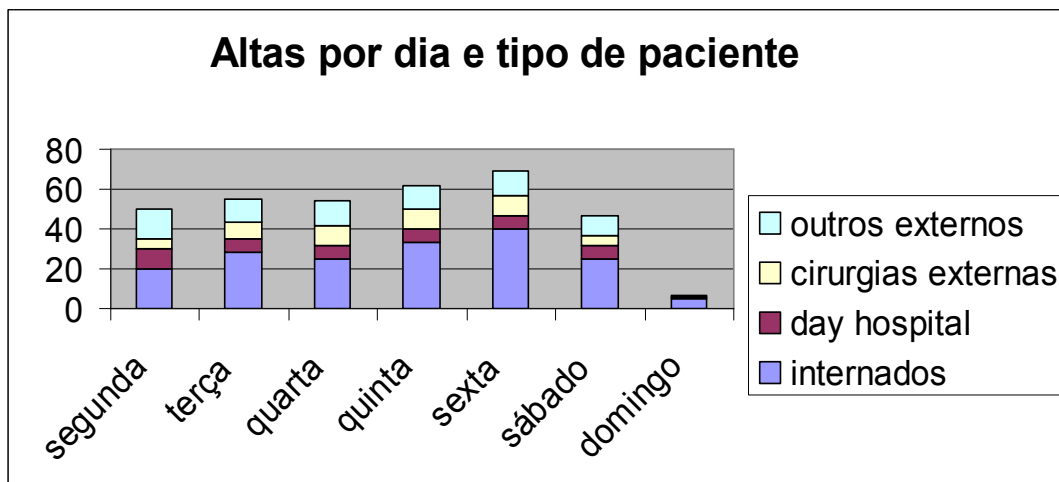


Gráfico 8 – Número de altas por tipo de paciente no hospital X
 Fonte: Resultado de observação participante

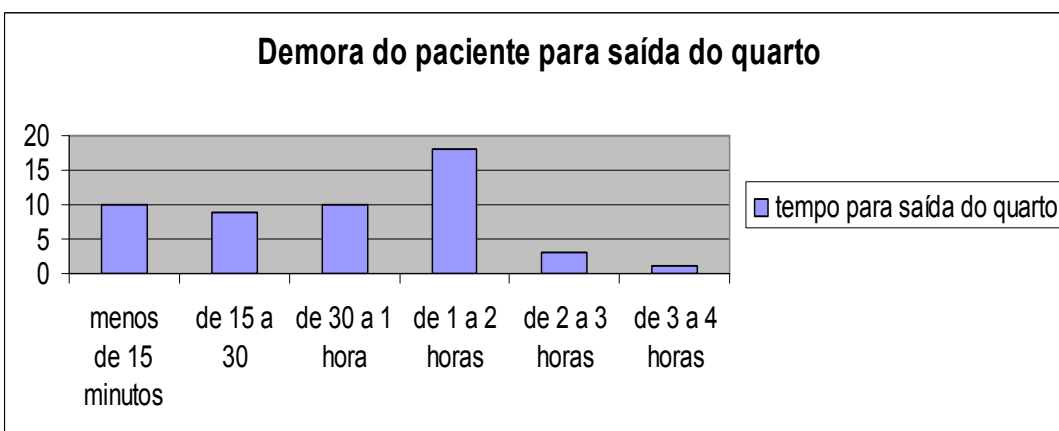


Gráfico 9 – Tempo para o paciente deixar o quarto após a alta
 Fonte: Resultado de observação participante

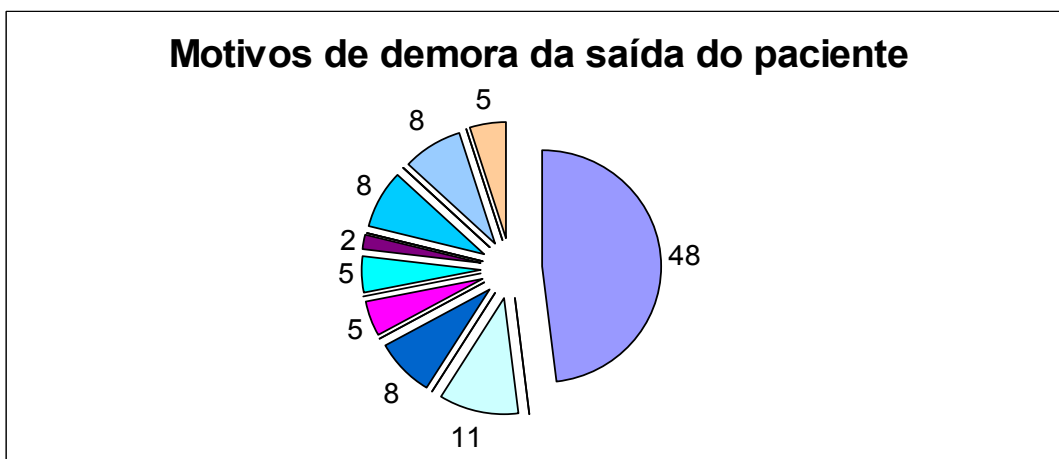


Gráfico 10 – Causas da demora na saída do paciente
 Fonte: Resultado de observação participante

Legenda:

48% = *Aguardando transporte/ família*

11% = *Desejam café / almoço / jantar*

8% = *Fechamento da conta hospitalar*

5% = *Orientação RN*

5% = *Ligado aos médicos*

2% = *Funcionamento do caixa*

8% = *Aguardam assistência de enfermagem*

8% = *Aguardando término do tratamento*

5% = *Outros (tv, rodízio de veículos, etc)*

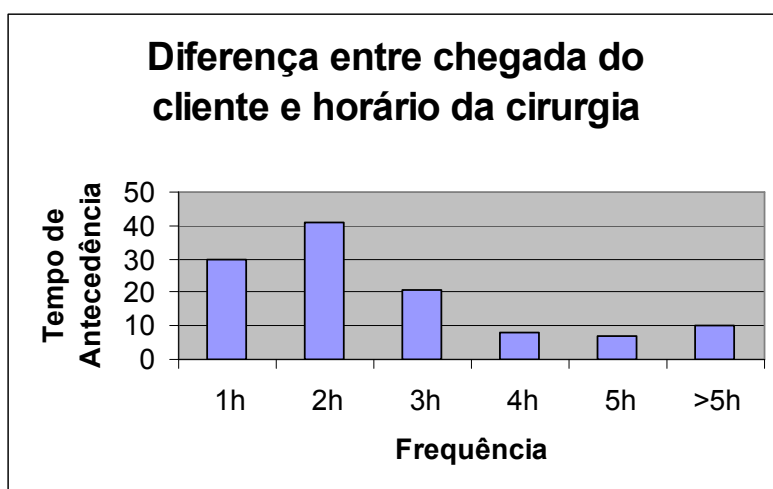


Gráfico 11 – Tempo entre a chegada do cliente e a cirurgia

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados obtidos por observação participante

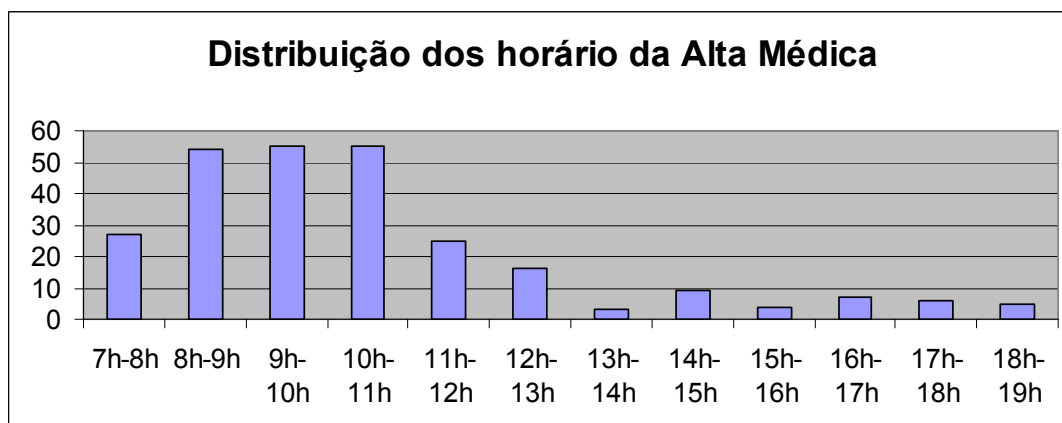


Gráfico 12 – Horários de Alta médica

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados obtidos por observação participante

2.5 IMPACTOS AO MODELO DE GESTÃO: o custo-benefício da implantação da Hotelaria Hospitalar

Pudemos compreender que os hospitais, dentro de um novo modelo de gestão são considerados empresas e devem ser administrados como tal, objetivando a lucratividade e a continuidade de sua existência. A parcela de responsabilidade do governo deve ser cobrada, mas uma melhor negociação entre planos de saúde e hospitais poderia fazer com que ambos saíssem do modelo “ganha x perde” e que na realidade tem se demonstrado como o modelo “perde X perde” para o modelo “ganha X ganha”. Lynch e Kordis (1988, p. 38), fazem uma analogia entre o golfinho e o mundo dos negócios. Segundo os autores, golfinhos procuram sempre o equilíbrio, jogam o “ganha X ganha” e tentam encontrar soluções que atendam as necessidades de todos. No livro, os autores comparam a Carpa e o Tubarão que usam estratégias diferentes e nem sempre tão eficazes.

Sou um golfinho e acredito na escassez e na abundância potenciais. Assim como acredito que posso ter qualquer uma dessas duas coisas - é esta a nossa escolha - e que podemos aprender a tirar o melhor proveito de nossa força e utilizar nossos recursos de um modo elegante, os elementos fundamentais do modo como crio o meu mundo são a flexibilidade e a capacidade de fazer mais com menos recursos (grifo do autor).

A divisão da saúde em quatro distintas dimensões, permitiu-nos verificar que o acesso à saúde depende de um novo modelo de pensamento do gestor e do usuário, o segundo que, também por não saber usar seu plano de saúde, acaba por perdê-lo, ao aumentar sua sinistralidade e tornar inviável para a empresa privada manter este benefício com uma qualidade razoável. O primeiro por administrar a empresa com o modelo de gestão que funcionava no passado, sem considerar o novo perfil do cliente de saúde e seus conseqüentes ajustes na administração do negócio.

Implantar a Hotelaria Hospitalar sem considerar seus custos indiretos e benefícios diretos é uma atitude irresponsável do gestor, motivada provavelmente por um impulso mercadológico. Certamente o resultado desta hotelaria estará focada na “perfumaria” e não estruturada com todas as etapas e contemplando todos os setores que se relacionam com os clientes.

O custo benefício da implantação da Hotelaria Hospitalar será impactado pelo clima organizacional e a cultura da empresa. Está subordinada a uma constatação relativamente recente, embora óbvia no universo hospitalar brasileiro: o bem-estar do paciente é condição indispensável para a melhoria na saúde.

Muitas vezes, ainda com uma cultura pronta para a implantação, porém com problemas com sua atividade-fim, o hospital poderá não estar preparado para a hotelaria hospitalar. A Hotelaria Hospitalar enquanto modelo de gestão deverá estar dando subsídios para a área assistencial e justamente por este motivo é pré-requisito que o hospital faça aquilo que se propõe, ou seja, trate e cuide de seus pacientes dando a eles o motivo que os fez vir ao hospital: atendimento na área de saúde. A implantação da hotelaria sem a correta estruturação dos serviços de saúde, torna-se aos olhos do consumidor, patética, dispensável e irrelevante.

A hotelaria será muito bem vinda após o atendimento das necessidades básicas do hospital. Também é importante, para otimizar o custo benefício, colocar este departamento dentro do organograma. Havendo um Gerente de Hotelaria, este deverá se reportar normalmente à Diretoria Administrativa, tendo abaixo como sua responsabilidade as áreas de Governança (Higiene e Lavanderia), Setor de Nutrição e Dietética (SND), Atendimento (balcão e telefônico) e Vigilância Patrimonial (Segurança e Portaria). Outros serviços como estacionamento, lojas e restaurantes também podem estar sendo gerenciados pelo mesmo departamento.

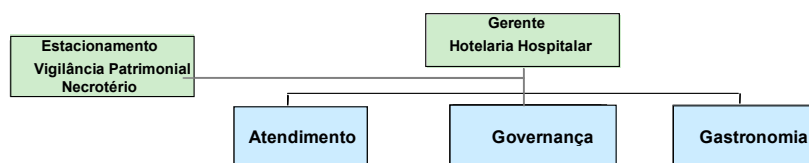


Figura 8 – Organograma de hospital de pequeno porte

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

O organograma da área deve ser proporcional as atividades de serviço e ao tamanho do hospital. Os hospitais de grande porte devem ter um organograma similar ao que demonstra a Figura 9, quando todos os serviços de apoio estão subordinados a esta gerência.

Hospitais de menor porte terão um organograma em que o próprio gerente de hotelaria participa mais ativamente da operação, com uma operação mais

simplificada, acumulando algumas funções e reduzindo um nível hierárquico, conforme demonstra a Figura 8.

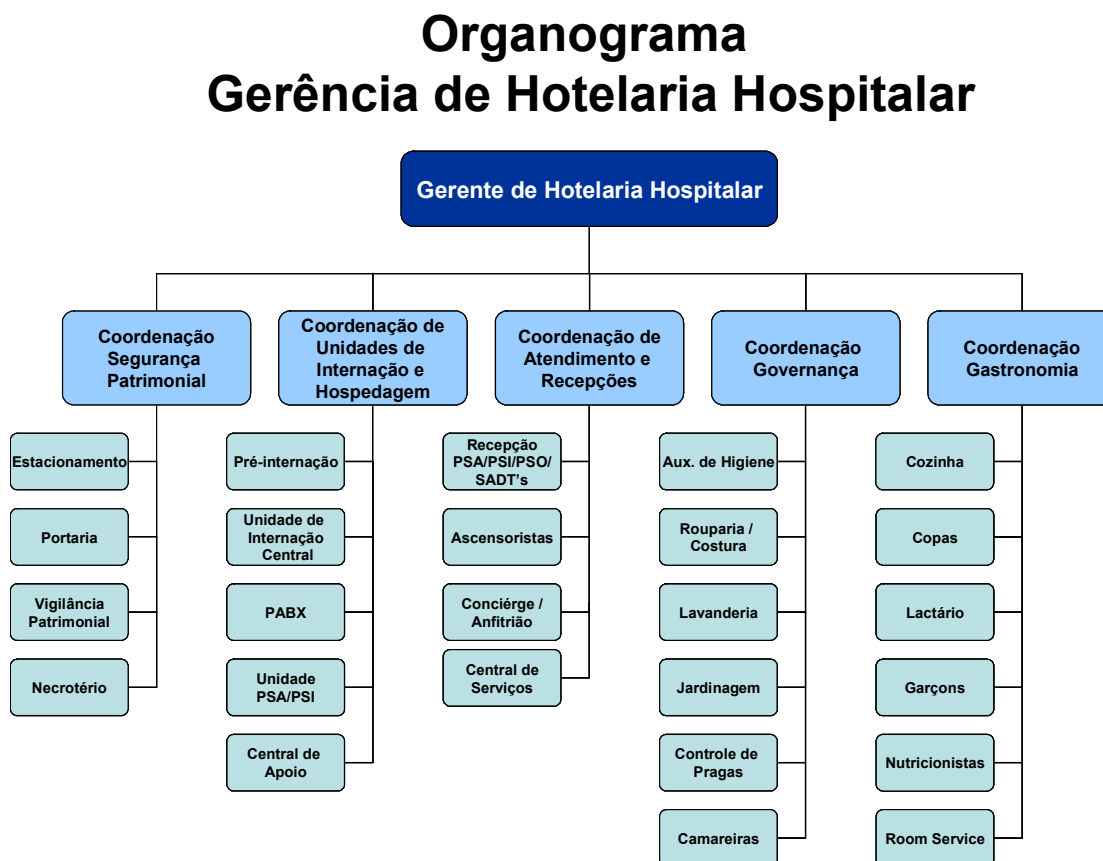


Figura 9 – Organograma de hospital de grande porte

Fonte: Elaborado pelo autor (2006)

Para melhor medição do custo benefício, o gestor deverá conhecer o valor da Folha de Pagamento de seu departamento, o custo do contrato com terceiros e seus gastos fixos e variáveis para comparar com os respectivos benefícios gerados.

Custear as atividades é também uma boa prática para se conhecer o custo benefício. Por exemplo, quanto custará o tratamento do piso do hospital? Qual investimento terá de ser feito? Quanto representa em equipamentos e em mão de obra este processo? Qual investimento com uma barreira de contenção⁸? Quanto custa terceirizar apenas a impermeabilização? Podemos ter uma “hotelaria hospitalar sustentável” em que alguns departamentos ou serviços se pagam (serviço

⁸ Tapete tipo capacho colocado antes da porta de entrada com o objetivo de evitar a entrada de pó e água através dos calçados dos usuários.

de kit de frigobar, restaurantes, room service, business center), pois nestes casos, todos os gastos são variáveis, ou seja, proporcional ao volume de vendas. Quando não houver a venda, não haverá o gasto.

Quanto mais atribuído à atividade, melhor entendimento do custo poderá ter. Fragmentando o custo pela atividade, maior será a facilidade em conhecer cada benefício. Por exemplo, a limpeza terminal leva em média quarenta minutos para ser realizada com dois funcionários. Ao se medir o gasto com produtos utilizados, apropriar o salário destes funcionários no processo pode-se então calcular o gasto mensal, baseado no número de altas projetadas e então conheceremos um grande elemento responsável pelo custo com a limpeza das unidades de internação.

A mesma situação se aplica com a lavanderia, a nutrição e até mesmo na análise da terceirização de algum serviço.

A padronização de processos e a re-organização de tarefas poderá ser responsável por tornar o benefício maior que o custo com a implantação da hotelaria, reduzindo custos operacionais e até mesmo, mão de obra, evitando retrabalhos.

Em um hospital em que a hotelaria está descentralizada em diversos serviços, não existe um único responsável pelos serviços de apoio e, por conseguinte, ocorre uma falta de cobrança em relação aos resultados, da criação de indicadores e de treinamento, motivação e auto-estima da equipe, resultando, normalmente, em desempenho e produtividade menores.

Os benefícios deverão também ser medidos pelo aumento na fidelização dos clientes, calculados pelo retorno em consultas, exames, cirurgias, enfim, no uso da instituição hospitalar (os clientes das especialidades como pediatria e maternidade normalmente são mais suscetíveis aos serviços prestados pela hotelaria, percebendo mais facilmente o valor ofertado).

Ou seja, o binômio do custo benefício está em otimizar valores para os clientes e ao mesmo tempo reduzir os gastos para o hospital. Nenhum hospital quer hoje ser associado à doença e sim à saúde. Daí o esforço de todos os setores ligados ao departamento hoteleiro dos hospitais em criar, inovar e conceber novas formas de surpreender o cliente.

Muitas das ações da Hotelaria Hospitalar, principalmente àquelas ligadas à Humanização, têm um custo muito pequeno perto daquilo que geram de vantagens.

A Hotelaria Hospitalar pode receber resistência de parte do *staff*, caso não se preocupe em informar aos demais setores seus objetivos. Não é fácil implantar tal conceito nas Instituições de Saúde. Muitas vezes, ainda que com permissão da Diretoria da empresa e com ação irrestrita para iniciar as alterações, a cultura da empresa ainda não está preparada para mudanças. Treinamentos de postura profissional, atendimento ao cliente, mudança de uniformes, criam ícones que facilitam a entrada dos novos conceitos, otimizando o custo benefício. Mas não são apenas os funcionários da hotelaria que devem participar do treinamento, uns perigosos “vácuos” poderão ser formados quando o treinamento é dado parcialmente. Muitas vezes, colaboradores podem sentir-se menos importantes que outros, ou aqueles que não receberam treinamento podem fazer uma leitura que não há nada “de errado” com seu atendimento, por exemplo.

A subjetividade e a intangibilidade dos serviços prestados por uma Instituição de Saúde geram uma maior responsabilidade no que se refere à marca institucional se comparadas com outros tipos de negócios.

Quando queremos analisar o custo e benefício da implantação da hotelaria hospitalar, devemos nos perguntar antes quanto às desvantagens da não implantação de serviços que compreendam o paciente como cliente e levem em conta o conforto, a segurança e o bem estar de seus acompanhantes e visitantes.

Não prestar atenção aos serviços de hotelaria nos hospitais pode ser um risco grande para se correr. Temos que nos esforçar em fazer com que todos na organização tenham em mente que a humanização e a hospitalidade são características inerentes a todo corpo de colaboradores dos hospitais e não apenas aos que são subordinados a hotelaria.

Temos que compreender que nos hospitais, através dos serviços em que o cliente tem contato direto com a Instituição, existe uma mensagem nítida de venda, onde cada colaborador é um vendedor em potencial. O médico, a equipe assistencial e de hotelaria vendem intuitivamente a idéia de segurança, credibilidade, conforto e de gerar uma próxima venda, em qualquer outro momento em que o cliente precisar de seus serviços.

Mas muitas vezes, negligentes a este processo, os gestores, acabam por esquecer que muitos dos médicos e funcionários atuam em dois ou três serviços distintos e que a fidelidade a uma ou outra marca está diretamente ligada ao relacionamento que se constrói com estas pessoas ao longo do tempo.

2.6 HOTELARIA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA

Segundo M. Porter (1999) ao longo das últimas décadas, em todas as partes do mundo, a competição tem se intensificado, ela que era quase inexistente em muitos países e em vários setores. A concorrência existia, porém, a rivalidade não era tão intensa. Dentro deste contexto tão competitivo, os serviços da hotelaria hospitalar aparecem como diferencial estratégico. Mas muitas vezes não se consegue discernir entre a melhoria no atendimento ao cliente derivado de uma estratégia de fidelização e a gestão no setor de internação. Confunde-se com as melhores práticas na administração de facilities e não se foca a estratégia, somente a eficácia operacional.

Muitos hospitais com gestão da hotelaria hospitalar implantada não conseguem distinguir entre eficácia operacional e estratégia. A constante busca pela produtividade das áreas de apoio propagou uma série de ferramentas e técnicas gerenciais como *benchmarking*, terceirização, parcerias e BSC. Apesar das melhorias operacionais resultantes da aplicação das ferramentas e técnicas gerenciais, muitas empresas se frustraram com a incapacidade de refletir estes ganhos em rentabilidade sustentada. Assim, aos poucos, as ferramentas gerenciais tomaram o lugar da estratégia.

Tanto a eficácia operacional como a estratégia é essencial para um bom desempenho, mas é importante saber diferenciá-las.

Conforme M. Porter (1999) se uma empresa conseguir estabelecer uma diferença preservável, ela será capaz de superar os concorrentes em desempenho. A empresa precisa proporcionar maior valor aos clientes ou gerar valor comparável a um custo mais baixo, ou ambos. Muitas ações e serviços da hotelaria nos hospitais têm esta mesma premissa.

M. Porter (1999) define a eficácia operacional como sendo o desempenho de atividades, melhor do que os concorrentes. Abrange a eficiência e ainda diz respeito a quaisquer práticas pelas qual a empresa utiliza melhor os insumos. Contrastando, o posicionamento estratégico significa desempenhar as atividades *diferentes* das exercidas pelos concorrentes ou desempenhar as mesmas atividades de maneira *diferente*.

Durante a última década, os gerentes estiveram preocupados com a melhoria da eficácia operacional, fazendo uso das ferramentas de qualidade. Alteraram a forma como desempenhavam suas atividades, de modo a eliminar as ineficiências, aumentar a satisfação dos clientes e atingir as melhores práticas. O crescimento da popularidade da terceirização, reconhecendo que atividades meio devem ser desempenhadas por especialistas fez com que muitos hospitais pasteurizassem seus serviços de apoio. Os exemplos mais comuns são os serviços de limpeza, lavanderia e nutrição.

Para conseguir rentabilidade superior, o constante aprimoramento da eficácia operacional é indispensável. Mas, não é o bastante, pois, com base somente na eficácia operacional, poucas empresas competem com êxito durante períodos mais longos, enfrentando dificuldades cada vez maiores em manter-se à frente dos concorrentes. O motivo mais claro dessa situação é a disseminação e instrumentalização das melhores práticas. Há uma perigosa tendência das empresas em dirigir-se a um mesmo ponto. Ou seja, quanto mais praticam *benchmarking*, mais as empresas se assemelham entre si. Quanto mais as empresas terceirizam as atividades para prestadores de serviços eficientes, em geral os mesmos, acabam tendo processos similares. À medida que os concorrentes competem uns com os outros nas melhorias de qualidade, nas reduções dos ciclos e nas parcerias com os fornecedores, as estratégias se tornam convergentes e a competição caminha ao longo das mesmas trajetórias.

Após uma década de ganhos na eficácia operacional, muitas empresas estão enfrentando retornos decrescentes, pois, as ferramentas estão levando as empresas em direção à imitação e à homogeneidade. E o lema da estratégia competitiva é ser diferente, ou seja, escolher de forma deliberada.

Para Kaplan e Norton (1997, p. 24) a estratégia deve ser um ato contínuo e incorporado aos processos administrativos existentes. Segundo os autores, cerca de 30% das ações tomadas não contribuem com a estratégia. Para eles, um sistema completo de gestão associa estratégia e medidas de longo prazo ao planejamento tático e orçamentos de curto prazo.

A estratégia competitiva e a vantagem competitiva também devem ser assuntos discutidos quando se planeja o nível de serviços de hotelaria que se pretende fornecer ao cliente. Neste sentido, podem-se entender os serviços de hotelaria também como parte das diversas unidades de negócio, cada uma

interdependente da outra e interagente entre si. Assim como, analisamos alguns dados referentes ao hospital X, o hospital Y apresenta um dado operacional da área de higiene, porém cujo resultado cria um impacto direto da gestão dos leitos. Antes da implantação da hotelaria, o dado de higiene que os gestores acreditavam gerar maiores resultados era o indicador que media o tempo da limpeza terminal (limpeza realizada após a alta). O Hospital Y atingia a marca de 1 hora e vinte e cinco minutos, limpando os apartamentos em duplas e com a implantação da hotelaria e a consequente mudança na rotina de trabalho, o desempenho da limpeza terminal passou para 1 hora. Esta redução de vinte minutos causou grande admiração das equipes internas do hospital, principalmente a equipe do setor de internação, que começou a perceber a equipe de higiene mais rápida na entrega dos leitos. Apesar de terem se aperfeiçoado e hoje conseguem higienizar um quarto em 45 minutos, após uma visão sistêmica da gestão destes leitos, percebeu-se que o problema estava na equipe disponível para inciar a limpeza. Como os médicos efetuavam suas altas praticamente durante todo o dia, não se podia criar sinergia por meio de jornadas de trabalho em horários mais adequados ao momento em que os quartos estariam sujos. O mesmo se repetia com a gestão de processamento de roupas da lavanderia. Para resolver o problema, criou-se um limite de saída do cliente até meio dia, solicitou-se aos médicos que realizassem suas altas até as 11 horas da manhã e estabeleceu-se o *late check out*, com cobrança de meia diária particular, no caso do cliente não deixar o leito uma hora após a alta. Estes fatores resultaram em uma melhoria de desempenho conforme podemos observar no gráfico abaixo:

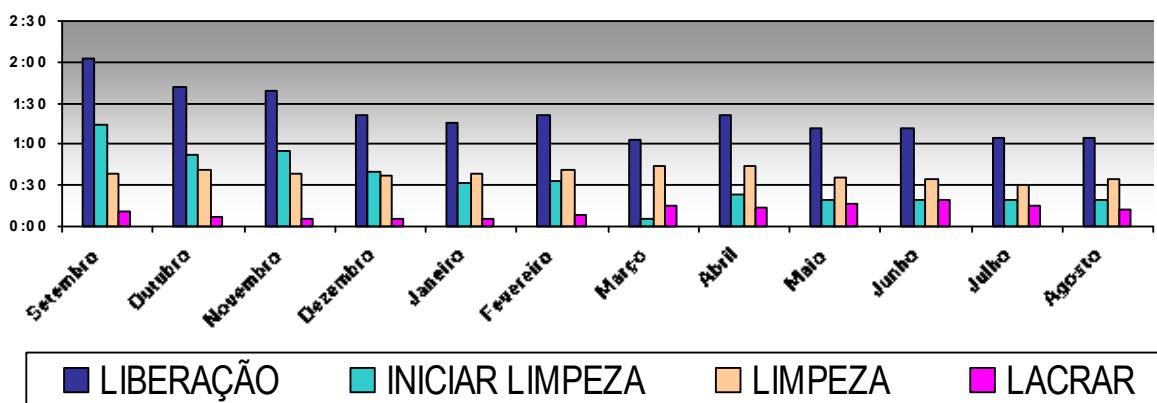


Gráfico 13 – Tempo de reocupação do leito do hospital Y.

Fonte – SAME (2006)

O custo de um leito parado, seja com cliente dentro já com a alta efetuada, ou sujo (aguardando a limpeza) ou mesmo limpo, aguardando a internação gera um nível de gastos altos. Alguns gestores têm alguma dificuldade em relacionar um assunto como a higiene de um quarto, com escopo operacional a estratégia tática da empresa, em número de atendimento, quantidade de transferência de pacientes para outros hospitais por falta de leitos, entre outros. O custo a ser medido é do serviço e não do produto. O falta do produto pode representar um custo de imagem muito grande. Compreender a sutil diferença entre produto e serviço deve ser uma habilidade do gestor que pretenda operar um novo modelo de gestão. Ou seja, a higienização do quarto é um serviço, mas o quarto limpo é um produto.

Neste modelo de gestão que se pretende contemplar a hotelaria hospitalar, os gestores devem, portanto, compreender as diferenças exatas entre produtos e serviços. Durante o período de pesquisa, notou-se certa confusão terminológica de conceitos entre as empresas pesquisadas.

O consumidor adquire no hospital um *mix* que varia na proporção entre produtos e serviços. Dentro dos serviços de hotelaria hospitalar, encontram-se os dois tipos de elementos, conforme tabela apresentada abaixo:

Tabela 3: Régua de Produtos e Serviços em Hotelaria Hospitalar

 <u>100 % Produto</u>
- Alimento das Refeições - Amostra Grátis de Medicamentos - Ammenities - Roupa de Cama, Banho - Equipamentos de Limpeza - Produtos de Limpeza - Lojas (floricultura, <i>gift shop</i>) - Lanchonte (<i>fast food</i>) - Restaurante de luxo - Segurança - Estacionamento - <i>Room Service</i> - Consulta Médica
 <u>100 % Serviço</u>

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Corrêa e Corrêa (2004, p. 143).

A parcela referente a bens físicos em um hospital é muito pequena perto da parcela de serviços puros (100 % serviços). A consulta médica, por exemplo, é intangível, depende de percepções e seu resultado é pouco objetivável através de critérios administrativos. Daí a importância desses bens físicos existentes durante a prestação de serviços, pois muitas vezes o cliente tangibiliza a experiência do serviço no bem material. Um *amenity* (ítems de banheiro, como o *shampoo* que é dado de cortesia em alguns meios de hospedagem) de baixa qualidade pode condenar o conceito de serviços do hotel ou do hospital. Muitos clientes mesmo em hotéis ou hospitais de alto luxo, levam estes produtos como *souvenir* após sua alta ou *check out*.

A confusão entre estes dois elementos pode ser perigosa no bom atendimento do cliente. Além de gastos adicionais, a falta de controle sobre esta operação pode causar mal estar ao cliente evidenciando uma má organização das atividades da empresa, como, por exemplo, amostra grátis com data de validade vencida, *amenities* de baixa qualidade, suco de laranja *tetra pack* em temperatura inadequada, entre outros.

[...] o fato da maioria das empresas oferecer um pacote de valor que inclui serviços e produtos físicos implica que o gestor de suas operações não pode esquivar-se de gerenciar tanto as operações que geram a parte “serviço” como as operações que geram a parte “bem físico”. Entretanto, cremos que esta dicotomia entre serviços e produtos físicos pode levar a decisões e encaminhamentos equivocados (CORRÊA; CORRÊA, 2004, p. 136).

Os gestores devem contemplar neste modelo de gestão, a análise da satisfação do cliente sobre ítems referentes aos produtos e aos serviços. Deve lembrar-se que os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente, necessitando quase que em todos os casos da presença do cliente. E este serviço é executado em grande parte das vezes (nos casos não assistenciais) pela equipe de hotelaria do hospital.

Os serviços, por serem intangíveis, são mais difíceis de serem avaliados que os produtos. Para tanto, necessita-se de um critério claro de julgamento, para que a equipe que os executa possa ter como avaliar seu desempenho e o gestor poder mensurar seus resultados.

Por estes motivos a intensidade e a extensão que os colaboradores têm com o cliente têm implicações importantes sobre o resultado. Percebe-se que nos

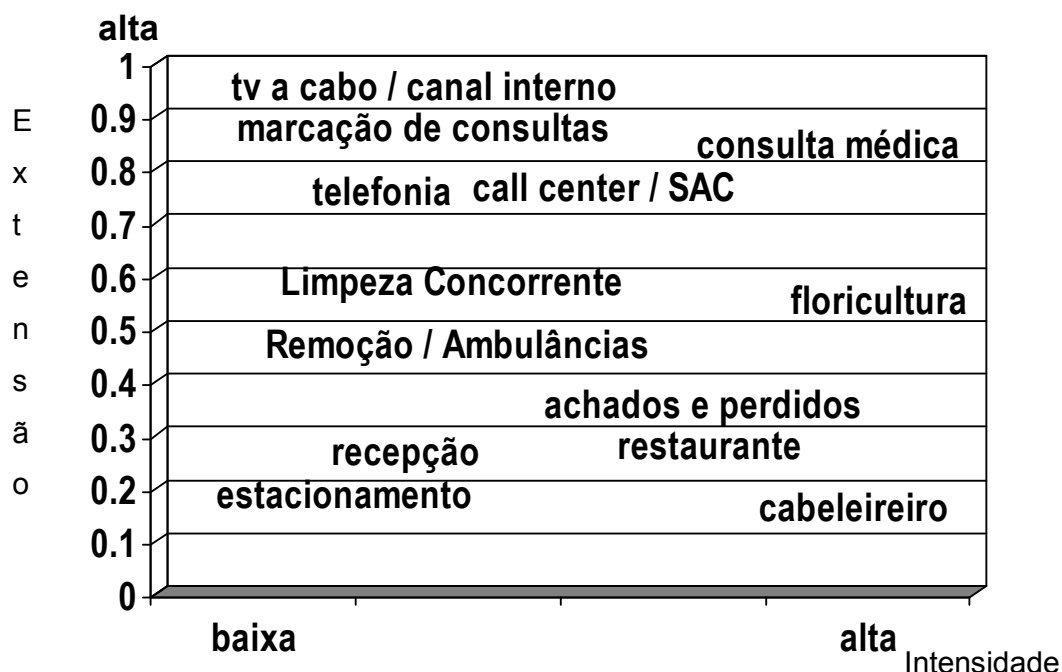
hospitais pesquisados não houve uma preocupação com este aspecto por seus gestores.

Em operações de alto contato com o cliente, tudo ocorre como se o cliente fosse uma das “matérias primas” para a existência da prestação do serviço.

Quanto maior o grau de intensidade na interação com o cliente, maior a riqueza de informações trocadas e nível de customização requerido. O modelo de gestão proposto deve poder medir qual intensidade e extensão são desejáveis para cada tipo de serviço existente. Por exemplo, no serviço de manobristas, a natureza do serviço exige uma rápida entrega do mesmo ao cliente. A extensão do contato com o cliente (o tempo existente entre o momento que o cliente solicita seu veículo e o recebe) deve ser a menor possível. Portanto, podem-se criar metas de atendimento nesta prestação de serviço. Um tempo maior que dez minutos na entrega do veículo, ainda que acompanhada de um ótimo atendimento, não é entendida pelo cliente como uma boa prestação de serviço.

O serviço do atendimento médico no Pronto Atendimento tem uma natureza que exige uma intensidade alta e uma extensão baixa. Já, uma consulta eletiva, pode ter uma extensão e intensidade alta, conforme tabela abaixo, inspirada na obra de Corrêa e Corrêa (2004):

Tabela 4: Matriz de extensão e intensidade na interação com o cliente



Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Corrêa e Corrêa (2004, p. 143).

Alterar a extensão da interação pode ser visto como uma ferramenta gerencial no sentido de aumentar a fidelização do cliente. Isso significa pensar a gestão das operações de serviço visando a manutenção do relacionamento com o cliente por extensão maiores de tempo que apenas o tempo que dura uma transação em particular (CORRÊA; CORRÊA, 2004, p. 143).

Em hospitais, o gestor deve saber exatamente qual a tolerância máxima para cada tipo de serviço, pois muitas vezes, o cliente pode ter uma necessidade em receber o serviço mais rapidamente que o tempo necessário da empresa em cumprir as rotinas administrativas pela própria natureza do atendimento.

A gestão dos fluxos e filas também deve ser contemplada por este modelo de gestão. O tempo de espera na internação, conforme demonstrado no início deste capítulo ao tratarmos da gestão de leitos, pode ser fator de sucesso ou de fracasso entre os vários hospitais. Estabelecer melhores conexões entre os serviços de enfermagem, pré-internação, centro cirúrgico, secretária dos médicos e setor de internação do hospital, pode garantir um melhor resultado e satisfação para o cliente final. No hospital X observaram-se grandes melhorias neste sentido ao se apropriar de um modelo que envolvesse todas estas áreas.

O chamado “custos de espera”, que é parte do sacrifício realizado pelo cliente ao receber o serviço, não é o tempo real esperado, mas o tempo de espera percebido pelo cliente. Portanto, se o tempo percebido diminuir, os custos de espera diminuirão para o cliente, mesmo que o tempo real de espera permaneça inalterado.

Uma boa atitude de hospitalidade poderá garantir uma espera mais adequada, mas os prestadores de serviço devem se lembrar que esperas sem previsão de atendimento parecem mais longas do que as com prazo conhecido.

Em situações de atendimento telefônico, as esperas tendem a parecer ainda maior, os consumidores superestimam o tempo de espera em mais de 20%.

A tolerância ao tempo de espera no atendimento telefônico é menor que no atendimento pessoal. É comum um cliente mencionar que ficou quinze minutos para ser atendido e após, ser verificado que ficou menos que cinco minutos. Além disso, na maioria das vezes, é o cliente quem paga a ligação, uma vez que nem todas as organizações têm um número 0800 à disposição dos seus clientes. Em suma, o cliente não tolera ficar muito tempo em fila de espera para ser atendido e também fica descontente se o operador demorar muito tempo para concluir o atendimento. Filas de espera longas ocasionam altas taxas de abandono (clientes que desistem de esperar e desligam a ligação antes do atendimento) (PADILHA, 2006, p. 48).

As esperas solitárias parecem mais longas do que em grupo; ou seja, quando em grupo a percepção sobre o tempo de espera se altera, tornando a espera menos

angustiante. Não se refere apenas às esperas em um setor de atendimento, mas espera por uma consulta, por um tratamento ou até mesmo esperando terminar a administração de um determinado medicamento via parenteral (venoso).

Em um dos hospitais pesquisados, a sessão de hemodiálise foi reformada e hoje é realizada individualmente para preservar a privacidade dos clientes. Os clientes atendidos por este serviço, durante o período de pesquisa, relataram que preferiam a forma anterior, pois podiam conversar enquanto esperavam o término do serviço. Ou seja, a percepção da empresa sobre o desejo dos consumidores deve ser contemplada neste modelo de gestão. Efetuar uma mudança que para o gestor parece ser positiva, mas que não agrega valor ao serviço prestado, demonstra falta de empatia junto ao cliente e macula a lacuna de número dois da matriz de Zeithaml e Bitner (2003), que discutiremos no próximo capítulo.

O valor dado pelo cliente ao serviço é proporcional à tolerância com a espera e as esperas sem explicação são menos toleradas do que as explicadas.

Concluindo, o gestor à frente do projeto de hotelaria hospitalar deverá relatar seus resultados para sua equipe, criar metas e estratégias para a melhoria do atendimento e dos serviços prestados. Isso não pode ser uma ação isolada de alguns funcionários, deve fazer parte da política de atendimento da empresa, em consistência com o Modelo de Gestão existente.

Naturalmente, todas estas melhorias podem gerar aumento em gastos, que devem ser previstos e controlados pelos gestores.

Nos dois hospitais pesquisados, percebeu-se um percentual muito próximo entre si, da representatividade dos gastos dos serviços de hotelaria, conforme tabela abaixo:

Tabela 5 – Representatividade média dos gastos da hotelaria no hospital X.

 Representatividade média (hospital X) sobre o total dos Gastos
- Lavanderia = 1,24% - Governança (Fopag A.G.) = 2,27% - SND (terceirizada) = 3,41% - Segurança (terc.) = 0,75% - Atendimento = 2,5% - Manutenção (mat)= 2% / Fopag= 1% - TOTAL deste EXEMPLO = 12,17%

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Tabela 6 – Representatividade média dos gastos da hotelaria no hospital Y.

 Representatividade média (hospital Y) sobre o total dos Gastos
- Lavanderia (locação) = 1,64% - Gov. (terceirizada) = 1,90% - SND (Auto Gestão) = 2,31% (Folha de Pagamento = 1,3%) - Segurança (terc.) = 1,75% - Atendimento = 1,5% - Manutenção (material)= 2% (Folha de Pagamento = 1%) - TOTAL deste EXEMPLO = 11,10%

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Este aspecto deve ser uma das mais importantes atribuições do gestor de hotelaria hospitalar. Na maior parte dos hospitais com a hotelaria implantada, o gestor da área não tem alçada para tomada de decisões e desconhece os gastos do seu departamento, não podendo, portanto sequer influenciar ou controlar o impacto financeiro dos serviços prestados em ações de melhoria.

Nos dois hospitais pesquisados, apesar de estarem em fase de implantação do novo modelo de gestão de Hotelaria, já se percebeu que alguns resultados financeiros foram afetados pelas alterações nos processos de hotelaria. Acredita-se que este resultado está atrelado com a maior eficiência dos serviços nesta área, uma vez que seus líderes começam a ganhar uma visão sistêmica, desde o gerenciamento de leitos (influenciando na receita e no volume de clientes atendidos) até o maior controle do patrimônio e melhor uso de equipamentos e de pessoas.

Os indicadores de Liquidez Geral (LG), Liquidez Imediata (LI) e Divisão entre Ativo Permanente e Patrimônio Líquido (APPL) sofreram alterações significativas do início ao término da pesquisa. Como o Balanço Patrimonial do hospital X é publicado devido o seu Capital ser aberto, pôde-se analisar os principais indicadores de liquidez e de estrutura de capital na análise da implantação do modelo de gestão. Naturalmente uma série de outros fatores afetaram os números, mas pode-se perceber que parte do resultado pode ser consequência direta do novo modelo de gestão implantado.

Ao analisar os dados do Balanço Patrimonial, um ano após a implantação da hotelaria, percebeu-se que o hospital Y teve um desempenho financeiro que pode ter sido impactado pelo novo modelo de gestão, principalmente em relação à gestão de seus estoques e os investimentos efetuados em Ativo Permanente para a

implantação da hotelaria. Com a melhor gestão dos estoques, principalmente no que se refere aos uniformes e enxoval de roupas cirúrgicas e hoteleiras, os indicadores de liquidez apresentaram um bom resultado. A liquidez corrente esteve em 6,40 enquanto a liquidez seca em 6,18. A liquidez imediata, que mede as disponibilidades em relação ao endividamento a curto prazo se apresentou em 6,03. A Liquidez Geral fechou o ano em 3,21. Todos os valores foram superiores ao do ano anterior, demonstrando uma melhor performance operacional, uma vez que suas dívidas a curto e longo prazo não diminuíram.

Ao avaliar os Índices de Estrutura de Capital, percebeu-se também um bom resultado comparando suas dívidas com o Patrimônio Líquido, apresentando o CTPL em 21,03. Porém, o indicador PCCT esteve em 49,90, demonstrando uma concentração de dívidas a curto prazo, fato este que independe da implantação da hotelaria hospitalar. Outro dado que demonstrou um desempenho não adequado e que revela a falta de uma boa administração da hotelaria nos anos anteriores é o APPL. O departamento de hotelaria hospitalar agrupa grande parte do Ativo Imobilizado, que neste caso, era o maior percentual do Ativo Permanente da empresa. O APPL apresentado foi de 53,38 comprometendo o capital próprio. Quanto ao CTPT, o número foi de 17,37. Outro dado importante a ser demonstrado foi o custo da mão de obra, onde o departamento de hotelaria é a segunda maior folha de pagamento depois do departamento de enfermagem. Os gastos com a mão de obra no ano, representaram 49,52% da receita anual. Ou seja, metade do faturamento serve para pagamento dos funcionários. Isso se deve também à resistência do hospital Y na terceirização dos serviços de apoio, que poderiam diminuir estes gastos em pelo menos 20 %.

No hospital X, pôde-se mensurar o impacto da hotelaria na gestão de leitos e seus respectivos resultados para o cliente em função dos resultados. Apesar de não ter realizado uma análise no Balanço Patrimonial do hospital X, outros indicadores operacionais puderam ser observados. A taxa de ocupação hospitalar aumentou de 70% para 75% ao ano. O critério de cálculo também foi corrigido. Dividia-se o número de leitos ocupados pelo total de leitos e não pelos leitos disponíveis. Os leitos de Iodoterapia, que necessitam normalmente de uma espera grande após o uso devido a irradiação eram contados regularmente, assim como os leitos de hospital-dia, distorcendo os resultados. A taxa de alta hospitalar foi otimizada, conforme pode se verificar na tabela abaixo e a pré-internação teve um aumento de

400% subindo para 86%. Apesar de o ideal ser um indicador de 100%, a melhoria foi notável. As transferências caíram pela metade, sendo que no Pronto Socorro, o cliente é imediatamente informado no caso de não haver vagas disponíveis.

Tabela 7: Melhoria do processo de atendimento ao cliente do Hospital X

Melhoria do Processo de Atendimento ao Cliente			
		Índice	Variação
Taxa de Alta Hospitalar até 12hs	57%→	41%	39 %
Taxa mensal de Pré-Internação	17%→	86 %	400 %
Taxa de Transferência por falta de vaga	26 →	13	100 %
Tempo Médio de Internação Eletiva	1h40'→	20'	400 %
Taxa de Internação de Emergência até 2h	32%→	74%	132 %
Tempo Médio de Reocupação do Leito	6h →	1h40'	360 %

Fonte – Elaborado pelo autor

No modelo anterior o cliente não sabia sobre o tempo de espera e muitas vezes durante a pesquisa observou-se, após algumas horas de espera, a transferência sem qualquer justificativa dos profissionais de atendimento. O tempo médio de internação eletiva também auferiu um ótimo desempenho, com 400 % de melhoria de índice, refletindo na taxa de reocupação hospitalar que teve uma incrível performance de seis horas para 1 hora e quarenta minutos.

CAPÍTULO 3 - A INFLUÊNCIA DAS PESSOAS NA ORGANIZAÇÃO: CLIENTES, MÉDICOS, FUNCIONÁRIOS E PRESTADORES DE SERVIÇO

3.1 A HOSPITALIDADE COMO CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIA DO MODELO DE GESTÃO EXISTENTE

No primeiro capítulo, foi possível verificar que dentro das três esferas que Lashley (2004) define como hospitalidade, existe um lugar entre a Hospitalidade Comercial e a Social, e que, com atitudes humanizadas, poderá ocorrer no relacionamento do funcionário com o cliente, a dádiva. Qualquer manifestação de hospitalidade é desejada na competência de todos os colaboradores da instituição de saúde. Os hospedeiros comerciais, ainda que pagos, devem ter em sua equipe pessoas com hábitos pessoais de acolhimento. Assim como ocorre com o conceito de “qualidade”, o conceito de “hospitalidade” não funciona sozinho e não pode ser aplicado esporádica e individualmente por um setor ou funcionário do hospital. O esforço coletivo maximiza a experiência do cliente durante os dias hospedados no hospital. Ou seja, a hospitalidade é uma atitude individual, mas que pode ser potencializada quando em grupo através de conexões que garantam um perfeito atendimento ao cliente de saúde. Apesar da divisão de tarefas necessária, todos devem ser responsáveis pela conquista de clientes e pela geração de negócios, logo, todos deverão ser os provedores de hospitalidade.

Outro aspecto importante é o termo “hospitabilidade” mencionado por Telfer (LASHLEY, 2004). O termo inexistente no dicionário da língua portuguesa, mas diferencia do “*hospitality*” em inglês para o “*hospitability*”, ou seja, a capacidade em se aplicar a hospitalidade. Com este entendimento fica mais evidente a importância das características pessoais daqueles colaboradores que realizarão o contato com o cliente em suas diversas experiências durante sua hospedagem.

Durante o período de pesquisa, notou-se que, em muitos casos em ambos hospitais, ao organizar-se as áreas de apoio, criava-se um efeito, quase uma obrigação competitiva em outras áreas de organizar-se, pois o contraste acabava por gerar uma pressão naqueles que resistiam as melhorias.

Apesar de todas as dificuldades, os resultados coletados nas empresas que já têm a hotelaria implantada são ótimos, representados e medidos normalmente pela maior satisfação e fidelização do cliente e pelos indicadores operacionais.

A área de enfermagem é estratégica na implantação do conceito. Quando envolvida de forma adequada torna-se uma grande colaboradora, ajudando a melhorar processos, otimizando o gerenciamento de leitos, controlando o enxoval no estoque de roupas e encantando os clientes nas mais diversas solicitações.

Quanto mais próximo do cliente, mais a equipe deve estar capacitada na atitude de hospitalidade. Durante o período de pesquisa, criou-se o organograma abaixo, demonstrando a proximidade da equipe assistencial a a intensidade no contato com o cliente:



Figura 10: Organograma de Intensidade no Contato com o Cliente

Fonte: Elaborado pelo autor

Quando foi abordada a cultura organizacional no capítulo anterior estudou-se a questão dos valores da organização, mas ao falarmos das pessoas que nela trabalham deve ser pesquisada a questão do clima organizacional. “Quando abordamos clima organizacional, estamos focando diretamente as sensações e os sentimentos internos que aumentam ou diminuem o grau de satisfação dos profissionais dentro da organização (ROSSO, 2004, p.79) .”

Devemos nos lembrar também que em um hospital de grande porte são muitos os colaboradores que participam no contato direto com o cliente e muitos destes, principalmente nas áreas que compõe a hotelaria, nem vínculo empregatício com o hospital têm, por serem terceirizados ou cooperados.

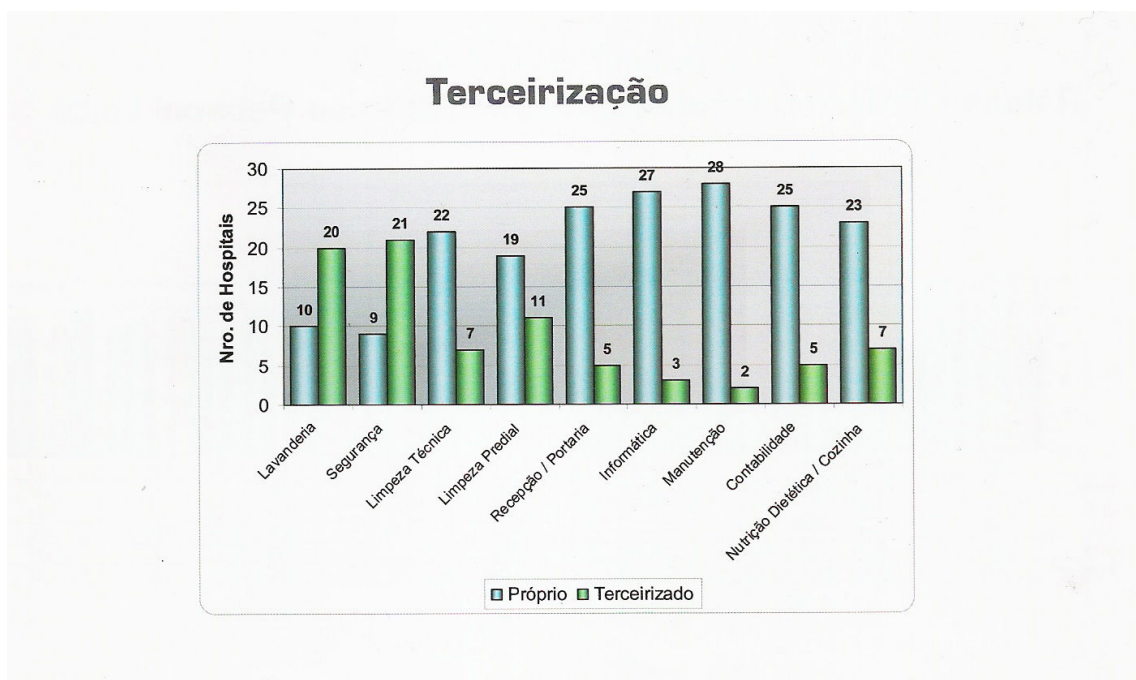


Gráfico 14: Participação da Equipe Terceirizada em Hospitais Privados.

Fonte: SINHA (2006, p. 11)

Por este motivo, este modelo de gestão deverá contemplar a avaliação de seus fornecedores e prestadores de serviço, do clima organizacional, além do que deve ser considerado que a fiscalização nestes serviços é extremamente necessária.

Muitos hospitais tomam todo o cuidado em contratar seus funcionarios com formas meticulosas de integração, treinamento e capacitação e simplesmente não acompanham as pessoas da equipe de prestadores de serviço que vão interagir com o cliente, seja este o médico, equipes terceirizadas ou mesmo cooperados.

Muitos autores discutem também a influência da personalidade de uma pessoa para uma determinada tarefa ou atividade de trabalho. Naturalmente existem pessoas com mais aptidão para lidar com pessoas do que outras. Ao selecionar os candidatos que farão parte de uma equipe em que esta característica pode ser importante, poderá ser relevante contratar pessoas deste tipo, competentes em relacionamentos, para que tenha maior facilidade de sucesso com sua própria equipe e com o cliente.

Há um comportamento padrão, que se manifesta sempre que não estamos conscientes de nós mesmos, [...] este comportamento é adotado por nós para falar com o mundo e mostrar-se a ele. [...] algumas pessoas entedem que a personalidade não é uma escolha e que o tipo padrão nasce com o indivíduo. De qualquer forma, precisamos conhecer ferramentas que nos indiquem a personalidade das pessoas, para adaptar as pessoas às suas melhores aptidões. Quando todos que trabalham com esta pessoa conhecerem seus tipos e o dos outros ficará mais fácil e mais alegre trabalhar em grupo. E compreender-se-á facilmente porque alguns agem de uma maneira padronizada no estado inconsciente (PATERHAN, 2003, p. 20-21).

3.1.1 Os médicos

No atendimento médico, clínico ou cirúrgico, verifica-se grande extensão e intensidade no contato com o cliente. A grande parte não é contratada em regime CLT, são prestadores de serviços de diversos hospitais. Mas conseguir fazê-los compreender a importância da hospitalidade comercial como um negócio do hospital e a hospitalidade enquanto atitude que gera humanização e que se apropria da dádiva é ainda um grande desafio para os hospitais. Um ponto simples de demonstração de hospitalidade pela equipe médica é de colocá-lo em igualdade de condições. Não falar em “hospitalês”, idioma repleto de jargões médicos, que dão propriedade e legitimidade aos doutores e medo e insegurança aos clientes, pode ser um bom começo.

No interior da medicina ortodoxa, o jargão tem atuado de diversas formas. Ele pode ser uma estratégia de vendas para impressionar; pode servir para insuflar autoridade e causar admiração; ou pode atuar como uma cortina de fumaça, especialmente quando envolve elocuições com fórmulas fixas que não significam aquilo que é ouvido (BURKE; PORTER, 1996, p. 62).

Treinar os médicos é uma missão difícil, pois grande parte não sente à vontade em se submeter às regras administrativas que parecem controlar seu trabalho ao invés de ajudá-los. Durante a pesquisa, notou-se que os médicos aprendem a lidar com seus “clientes” durante suas residências médicas, invariavelmente realizadas em hospitais da rede pública, sem preocupar-se tanto com a forma com que atendem os clientes naqueles locais. Depois apenas continuam a exercer a medicina em hospitais da rede particular, replicando o modelo de atendimento aprendido durante sua formação. Muitos não têm cuidado da forma com que se comunicam prescrevendo os medicamentos sem maiores informações, escrevendo a receita de forma ilegível e conversando com os pacientes de forma inadequada.

Ou seja, a linguagem que o médico usa, deve ajudar o paciente e o familiar a compreender a doença e não causar pânico ou incertezas.

A doença põe a linguagem inevitavelmente sob tensão. Temos uma dor: buscamos em vão pela palavra certa que comunique a natureza e intensidade do que estamos sentindo e que esclareça exatamente em que ponto sob nossa pele ela está localizada. Isso é algo difícil por que nossa linguagem de dor não é nem objetiva nem bem diferenciada (BURKE; PORTER, 1993, p. 365).

Ao mesmo tempo, a vulgarização dos termos médicos pode causar a perda do significado preciso. Ou seja, para que a hospitalidade ocorra na relação médico-paciente, deverá existir um esforço por parte dos médicos no uso de uma linguagem mais popular quando estiver em contato com os clientes e outra, ao se expressar entre os colegas. Hoje, conforme já explorado em capítulos anteriores, o cliente acaba se sentindo mais cliente do plano de saúde do que do hospital ou do próprio médico. Isso distancia também a relação entre as duas partes.

O médico pré-moderno, para seu progresso, dependia muito de sua capacidade de agradar pacientes particulares. Ele necessariamente tinha que falar a língua deles, até mesmo se submeter-se a ela. Caso contrário, a freguesia mudava-se[...] (BURKE; PORTER, 1993, p. 368).

Nos consultórios médicos vale a mesma lógica. O acolhimento recebido pela secretária ou pelo ambiente da sala de espera é entendido pelo cliente como atributos de qualidade do profissional médico. O entretenimento existente durante a

sua espera como a qualidade da imagem do televisor, das revistas ou mesmo a higiene do banheiro são aspectos medidos pelo cliente durante sua experiência vivida na área de saúde. Coelho (2004) descreve diversos aspectos da influência do médico no atendimento de um cliente, abordando aspectos físicos e de atendimento:

Os consultórios são todos muito parecidos. Salas de espera com uma ou mais recepcionistas robotizadas. Parecem treinadas a solicitar-lhe um documento de identificação, a carteirinha do convênio médico, alguns dados pessoais para registro na anamnese, oferecendo-lhe um breve sorriso amarelo após a assinatura da guia de consulta. Nas mesas repousam revistas velhas. As paredes são geralmente vazias e a decoração, nula.

Mas o pior encontra-se na sala privada dos médicos. Eles ficam postados atrás de suas mesas, sentados em cadeiras deslizantes e com espaldar alto similar às utilizadas por presidentes e diretores de empresas. Para o paciente, uma cadeira pequena, com encosto baixo, desprovida de braços ou rodízios. Estabelece-se ali um grau de separação. O tampo da mesa promove a separação física e a diferença de altura proporcionada pelos assentos coloca os olhos fora de alinhamento haja vista que o paciente precisa erguer seu olhar para encontrar o de seu interlocutor.

É inadmissível que médicos façam pacientes aguardarem nas insípidas salas de espera descritas acima porque atrasam no atendimento por agendarem consultas a cada vinte minutos criando um cronograma impossível de ser cumprido.

Também já é hora de emitirem receituários capazes de serem lidos por pessoas apenas alfabetizadas, sem formação acadêmica em aramaico ou conhecimento de hieróglifos (www.abqv.org.br).

Conforme exposto no primeiro capítulo, este comportamento padrão de médicos tem seus motivos. Há uma reação e uma acomodação natural, pois nos últimos tempos, médicos perderam muito de sua credibilidade perante a comunidade em geral, perderam também sua remuneração e *status* nas decisões sobre o futuro de seus clientes. O poder mudou de mãos e a própria falta de unidade de pensamento e atitude entre os médicos possibilitou a existência da atual conjuntura. É evidente que os médicos não querem deixar de atender bem propositalmente. Mas em muitos casos, reagem por não saber como lutar contra um sistema implantado sozinhos. Foi, sem dúvida, uma somatória de situações e de contingências que fez o cenário chegar a este ponto. Os médicos acabam sendo também vítimas de um sistema que não conseguem liderar. Como Roy Porter (2004) coloca, são parte de uma engrenagem e repetem atitudes que muitas vezes não têm opção de interferir.

Ao migrarem dos hospitais para os consultórios reproduzem o ambiente inóspito no qual foram preparados e passam a questionar aos seus

pacientes onde está a doença. A herança maldita os impede de construir espaços mais harmoniosos e agradáveis (COELHO, 2004, p. 1).

Precisam obedecer a regras administrativas de diversos hospitais, que tentam obter sua lealdade através de “paparicos”, muitas vezes inúteis dentro do conforto médico, local onde passam parte do tempo, quando estão no hospital ou com programas pouco aderentes a seus interesses. Muitos médicos necessitam de uma maratona de plantões para sobreviverem e um consultório com um volume significativo de clientes para justificar os gastos para manutenção do mesmo.

O volume de clientes que necessitam atender para conseguir um melhor resultado financeiro faz com que muitas vezes atendam de forma rápida e desprovida do cuidado necessário. Caso contrário, não conseguem pagar uma secretária, o aluguel do espaço e os materiais para manter um consultório aberto. Muitos “Planos de Saúde” remuneram o médico depois de 30 dias, por um valor medíocre por atendimento. Glosam seus pagamentos por questionarem a necessidade da realização de exames e colocam o profissional em uma situação extremamente delicada perante o cliente. Ao se pensar na hospitalidade deste profissional no atendimento junto ao cliente, devemos lembrar que o mesmo não tem a mesma lealdade e motivação por uma ou outra marca, pois trabalham em diversas instituições e muitas vezes criticam junto com o cliente, uma má prestação de serviços praticado pelo hospital ao invés de tentar solucionar o problema. Ou seja, não se sentem como parte do processo e são os profissionais que seguramente têm a maior intensidade com o cliente. O atual modelo de gestão não consegue fidelizá-los e comprometê-los. Estas constatações explicam muito da imagem de arrogância e ceticismo que muitos destes profissionais acabam demonstrando.

3.1.2 Empresas Terceirizadas

Considerando que em muitos hospitais de grande porte, grande parte dos serviços de apoio são realizados por empresas terceirizadas, conforme demonstra o gráfico 14, deve ser dada a devida importância a estas atividades, pois estes

terceiros estarão sendo também responsáveis por uma série de experiências vividas pelo cliente durante sua hospedagem.

Em hospitais privados, a qualificação da empresa terceirizada a ser contratada depende de mera liberalidade do administrador. Nem sempre o critério para avaliação de fornecedores de serviços está alinhado com a estratégia da organização. Empresas terceirizadas que não compreendem a hospitalidade, não capacitam seus colaboradores nesta direção, nem sempre poderão dar o mesmo nível de hospitalidade que o hospital exige de seus colaboradores.

O hospital deve estabelecer padrões mínimos para os sistemas organizacionais dos fornecedores de serviço, no que se refere aos aspectos tangíveis e intangíveis.

- Critério 1: Recursos Humanos

As empresas fornecedoras de serviço devem possuir um sistema de gestão de Recursos Humanos consistente, que possibilite uma gestão de pessoas adequada para garantir a performance desejada para as atividades contratadas. Este sistema de gestão de RH deve contemplar pelo menos os seguintes aspectos: Visão, Missão e Valores; Quadro de pessoal; Recrutamento e seleção; Capacitação; Remuneração e benefícios; Gestão do desempenho; Planejamento de carreira e retenção; Clima organizacional; Relações trabalhistas; e Programas de Promoção e Prevenção de Saúde.

- Critério 2: Fatores Intangíveis

Refere-se á atitudes internas e externas, características gerais da empresa que refletem sua cultura, valores, modelo de gestão e organização. Sendo assim, a contratante pode considerar importante que seus fornecedores de serviço possuam as seguintes características, avaliadas como intangíveis: honestidade e hospitalidade; desenvolvimento sustentável e uso dos recursos (cuidado com o patrimônio próprio e do cliente).

Pré-requisitos e obrigações do terceiro na gestão dos serviços contratados:

1. Utilizar funcionários próprios e devidamente capacitados e treinados;
2. Executar os serviços de acordo com os padrões profissionais normatizados;
3. Emitir as faturas e/ou documentos de cobranças decorrentes do contrato em conformidade com as instruções acordadas;

4. Manter registro na entidade de classe correspondente (por exemplo, CRN ou COREN) aos serviços prestados, de acordo com a legislação;
5. Funcionários devem estar devidamente uniformizados e portar crachá de identificação;
6. Corrigir, às suas expensas e sem ônus para o hospital, todo e qualquer defeito, vício, imperfeição ou inexatidão apresentada por qualquer parte dos serviços;
7. Cumprir a legislação sobre segurança, higiene e medicina do trabalho e normas internas;

Tanto o hospital X como o Y possuem serviços terceirizados nas áreas de lavanderia e vigilância, sendo que em um deles também existe o serviço terceirizado na área de higiene e no outro no serviço de nutrição respectivamente.

Constituem atribuições do gestor de hotelaria hospitalar, gerenciar os contratos dos serviços de hotelaria como:

- recrutar e selecionar empresas terceirizadas;
- acompanhar contratos a serem assinados;
- negociar e gerenciar contratos e parcerias, bem como prorrogações, rescisões e termos aditivos;
- monitorar a qualidade e os resultados.

Os resultados podem ser monitorados através de *check-list* e pode haver uma planilha de punição quando do não atendimento às exigências (podendo estar atreladas à multas em contrato). Deverá haver reuniões periódicas sobre o resultado do contrato entre o contratante e o contratado.

O gestor deve ter uma agenda de reuniões para avaliação de resultados acordados com o fornecedor de serviço, especificando a pauta das reuniões definidas em contrato (avaliação dos indicadores) e reuniões mensais de resultado do sistema de avaliação dos fornecedores (avaliação de serviço).

Para cada não conformidade deverá ser elaborado um plano de ação. Neste plano de ação deverá ser contemplada a descrição da não conformidade, o prazo para solução do problema e os responsáveis pela ação, podendo conter ainda a regularidade da auditoria deste ponto.

Com base em uma lógica de avaliação e na pontuação, os fornecedores de serviço podem ser classificados conforme a tabela abaixo:

Tabela 8: Matriz de Avaliação do Fornecedor

Conceito	Definição	Pontuação
A	Apresentou padrão de excelência nos critérios avaliados.	85 – 100
B	Manteve um padrão de boa qualidade nos critérios avaliados.	70 – 84
C	Manteve um padrão aceitável nos critérios avaliados.	55 – 69
D	Apresentou condições insuficientes. Exige modificações urgentes.	40 – 54
E	Apresentou condições muito aquém daquelas exigidas pelo hospital.	40

Fonte: Elaborado pelo autor

3.1.3 Descrição de Cargo e as Competências desejadas do Gerente de Hotelaria Hospitalar

Estamos lidando com pessoas, sejam próprios ou terceirizados, temos pessoas atendendo pessoas. Para que este processo funcione, o gestor que participa liderando todas as equipes deve ser capacitado não só tecnicamente, mas competente em gestão de pessoas. Ou seja, o gestor deve ter as “competências” certas para administrar todos estes processos.

A competência é diretamente proporcional ao resultado obtido, mas é inversamente proporcional ao tempo consumido e ao volume de recursos ou de esforços empregados. Assim, para avaliar a competência, não basta considerar o resultado. É importante levar em consideração a relação custo/benefício (MUSSAK, 2003, p. 118).

A descrição de cargos do gerente de hotelaria deve prever sua atuação em todos os serviços de apoio, assim como na estratégia da área em relação à missão do hospital, como, por exemplo: ao gerente de hotelaria compete supervisionar o trabalho das equipes de Recepção, Governança, Portaria, Setor de Nutrição e

Dietética e estagiários (anfitriões) avaliando o desempenho das empresas terceirizadas (lavanderia, estacionamento, lanchonete, limpeza e portaria), elaborar suas escalas de trabalho, gerenciar os processos de cada uma das áreas existentes.

Deve também se ocupar no atendimento ao cliente em situações especiais (clientes VIPS, reclamações específicas de um cliente internado sobre assuntos destas áreas) e gerenciar o fornecimento ao cliente de um atendimento personalizado, prestando informações sobre os serviços do hospital, conduzindo as equipes de anfitriões para o acolhimento do cliente na chegada do hospital, sua internação e acomodação.

Outras atribuições funcionais:

- Controla diariamente a relação de pacientes clínicos e cirúrgicos do dia seguinte, informando a equipe e orientando os anfitriões.

- Gerencia os serviços externos e solicitações extras, como cabeleireiros, manicure, pedicure, locação de equipamentos (laptops, videogames, etc.) entre outros.

- Gerencia os inventários de enxoval e equipamentos se responsabilizando quanto à sua salva guarda.

- Tem a gestão dos indicadores de cada setor abaixo de seu departamento.

- Avalia o desempenho de todos os funcionários de seu departamento, estabelecendo novas rotinas e processos, substituindo pessoas se for necessário.

- Avalia o desempenho das empresas terceirizadas ligadas ao seu departamento.

Competências Técnicas Sugeridas:

Conhecimento Técnico de Atendimento

Conhecimento Técnico das burocracias de internação, produtos químicos de lavanderia e higiene, processos de lavagem de enxoval e pisos, métodos de cocção e normas de etiqueta pessoal e social.

Competências Comportamentais Sugeridas:

Liderança

Apresentação Pessoal

Tomada de Decisão

Relacionamento Interpessoal.

Comunicação

Iniciativa (pró-atividade)

Habilidades necessárias:

Comunicação oral clara, articulada e expressiva, inclusive por telefone.
 Obtenção de cooperação de colegas de trabalho e de outros departamentos.
 Compreensão e interpretação de linguagem corporal.
 Conhecimento de outro idioma (preferencialmente Inglês e/ou Espanhol)
 Trânsito adequado em todos os setores e áreas da empresa.

Atitudes desejáveis:

Atitude de Hospitalidade
 (Atitudes sociáveis, amigáveis, empáticas e atenciosas).
 Assertividade e acurácia nas informações prestadas

3.2 O CLIENTE DE SAÚDE

A construção da marca e o “peso” de sua imagem são estabelecidos através das diversas experiências que os clientes têm com a organização e que a organização tem com as suas “pessoas”. Neste processo, o “Marketing de Experiência e de Relacionamento” é criado em todo momento vivido pelo cliente dentro da organização e certamente terá seu “peso” na imagem institucional.

Nem sempre todos os serviços que são ofertados têm seu valor percebido pelo cliente. Este também é um problema para a qualidade dos serviços prestados e para a imagem da Instituição. Temos que entender que em um hospital, os serviços são consumidos ao mesmo tempo em que o serviço é fornecido. A intensidade e extensão do contato do funcionário para com o cliente é um fator relevante para percepção dos mesmos. Ou seja, os serviços precisam da presença do cliente para que sejam produzidos. A imagem da Instituição poderá ser melhorada na mente do consumidor quando lembramos do nosso papel mercadológico durante este processo. Muitas vezes os clientes em hospitais estão mais suscetíveis à Humanização derivada da equipe de atendimento do que de uma Hospitalidade politicamente correta. No ano de 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que descreve dez pontos de “direito” do paciente.

1 O paciente tem o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.

2 O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

3 O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.

4 O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.

5 O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.

6 O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

7 O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

8 O paciente tem o direito de ter o seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento.

9 O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

10 O paciente tem direito à uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida (www.campinas.sp.gov.br/saude/seus_direitos/direitos_paciente.htm).

Podemos perceber que todos estes aspectos abordados estão intimamente ligados à Humanização onde a hospitalidade é bem vinda, e está pulverizada nas diversas ações de humanização. A hospitalidade comercialmente direciona as atividades e estabelece o nível e o portfólio de serviços que devem ser ofertados.

Já, a humanização, conforme Souza (1988) é:

o processo que confirma no homem aqueles traços que reputamos essenciais, como o exercício da reflexão, a aquisição do saber, a boa disposição para com o próximo, o afinamento das emoções, a capacidade de penetrar nos problemas da vida, o senso da beleza, a percepção da complexidade do mundo e dos seres, o cultivo do humor. A literatura

desenvolve em nós a quota de humanidade na medida em que nos torna mais compreensivos e abertos para a natureza, a sociedade, o semelhante (www.dhnet.org.br/direitos/militantes/fester/candid80.htm).

Autores como Hamel e Prahalad (2005) comentam sobre a predisposição do cliente em adquirir um produto. O ponto discutido pelos autores e apropriado para o Serviço de Saúde é a questão de como a imagem da organização é processada na mente do consumidor. Cria-se uma predisposição no cliente para procurar determinado hospital quando necessitar de serviços que o mesmo oferece. “A familiaridade com uma *banner brand* de alta qualidade cria uma forte predisposição por parte do cliente de pelo menos considerar a compra de um novo produto que leve a mesma marca.” (HAMEL; PRAHALAD, 2005, p. 194).

Qual a relação que existe entre a imagem institucional de determinado hospital e a expectativa que iremos criar para esta marca na mente do cliente?

A marca corporativa da Instituição deve ser tão forte e preciosa que ajude o cliente a associar características como, por exemplo, qualidade, segurança ou conforto para qualquer novo produto existente na organização. Ou seja, deverão ajudar o cliente a transferir a confiança construída por meio da experiência positiva com um dos outros produtos da empresa. Por exemplo, se utilizei os serviços de maternidade e tive ótima experiência, estou propenso a utilizar os serviços de pediatria, imaginando que irei receber o mesmo nível de serviços prestados pela primeira especialidade. Cada novo produto que o hospital ofereça irá reforçar ou destruir a integridade da marca. Quando criamos um novo ambulatório ou laboratório externo às instalações do hospital e utilizamos a mesma logomarca do hospital, geramos a mesma expectativa destes serviços em relação aos prestados no hospital. Ou seja, pressupõe que aspectos como a qualidade, a intensidade nos serviços e o preço serão os mesmos aplicados pelo hospital. Qualquer diferença no serviço prestado irá gerar uma frustração, pois as expectativas dos clientes não são tão mensuráveis como suas necessidades.

Padronizar os serviços pode se tornar perigoso na medida em que pacientes têm expectativas diferentes sobre o mesmo produto. Afinal, existe na hospitalidade comercial, serviços absolutos e serviços relativos. Em alguns casos, canais de tv à cabo são um diferencial no serviço de hospedagem, no entanto, em outro hospital, ou para outro cliente, o mesmo serviço é obrigatório, não sendo reconhecido como

um diferencial. Para outros, no entanto, pode ser considerado um luxo. Portanto, este serviço deve ser considerado relativo. Sensações sentidas pelos clientes como: atenção, dor, fome são consideradas absolutas.

Secador de cabelo, serviço de mensageiro, televisor de plasma, cama elétrica, locação de laptop e cyber café podem ser considerados relativos ou um luxo / diferencial para muitos.

Ou seja, o contato com o cliente deve contemplar um escopo que não apenas atenda às expectativas prévias do mesmo, como deve excedê-las, antevendo até necessidades futuras, transformando-as em necessidades presentes.

Ao analisarmos os serviços pertencentes à área de hotelaria dos hospitais, notamos que estes são interdependentes e interagentes e, portanto, quando subordinados na mesma gerência, poderão otimizar custos e obter mais resolutividade na tomada de decisões e reduzir o tempo gasto no atendimento ao cliente.

Compreendendo os setores como unidades de negócio já permite uma administração voltada para redução de gastos e eventual aumento de receita, ainda que seja indiretamente, com o aumento no volume de clientes e/ou com sua fidelização.

Uma ação que produza mudança em uma das unidades de negócio, acarretará mudanças nas outras unidades. Problemas causados na área de higiene poderão criar morosidade na higienização dos leitos, criando consequências na liberação de leitos para a equipe de recepção. Um problema com o enxoval na lavanderia, trará consequências diretas para a liberação dos leitos, pois o apartamento só estará liberado quando o leito estiver forrado com o lençol, aquilo que se chama tecnicamente de “envelopado” de uma forma adequada. Sendo assim, podemos cruzar as interfaces dos serviços versus serviços e potencializar seus problemas quando as decisões são tomadas por três gerências distintas.

A visão sistêmica criará no gestor soluções antes impossíveis, como maximizar o uso da polivalência de recepcionistas (por exemplo, as recepções do SADT, do Pronto Socorro e da Recepção Central em muitas empresas estão subordinadas a departamentos distintos), de treinar toda equipe dando o mesmo estímulo seja qual for sua função. Esta visão permitirá uma administração inter, trans e multi disciplinar.

Além disso, uma unidade de negócio isolada não consegue sustentar nem o investimento nem a perseverança necessária para desenvolver uma nova competência essencial. Muitas ações quando conjugadas podem ratear gastos fixos entre mais de um setor.

Considerar aspectos ligados à pessoas, evidências físicas e processos também poderá ajudar a entender onde está o maior gasto e qual é a maior vantagem em cada etapa da implantação. O objetivo do bom atendimento ao cliente deve estar em sintonia com as metas de redução de gastos e ser contemplado em seus diversos indicadores, tais quais: reduzir o tempo de permanência do paciente, aumentar o índice de renovação com o menor intervalo de substituição possível. Ao mesmo tempo ter a menor relação de funcionários por leito possível, com um serviço oferecido de alta qualidade com uma pequena taxa de ocupação no ponto de equilíbrio.

3.2.1 Perfil do Consumidor

O modelo de gestão a ser adotado deve levar em conta os hábitos dos brasileiros. Muitas empresas privadas colocam seus colaboradores em algum plano de saúde e os funcionários começam a freqüentar com exagero os hospitais, muitas vezes lotando as Emergências e o Pronto Atendimento por motivos que justificariam apenas uma marcação em consultas ambulatoriais. Invariavelmente, tiram leitos das pessoas que realmente necessitam de atendimento emergencial.

As características do ambiente sócio-econômico e cultural em que as pessoas vivem e estão vivendo influencia grandemente seus recursos, gostos e preferências (SHETH; SISODIA, 2001, p. 23).

A cultura é um dos principais determinantes do comportamento e dos desejos dos clientes. Pode-se definir cultura como:

[...] tudo o que a pessoa aprende e partilha com membros de uma sociedade, inclusive idéias, normas, moral, valores, conhecimento, habilidades, tecnologia, ferramentas, objetos materiais e comportamentos (BERNARDES, 1991, p. 67).

Cada cultura é constituída por subculturas, que fornecem identificação e socialização mais específicas para seus membros. Podem ser classificadas à partir da nacionalidade, religião, dos grupos raciais e regiões geográficas.

É evidente que as classes sociais determinam diferenças no comportamento dos indivíduos. Esta afirmativa, segundo Las Casas (1997, p. 33), “poderá ser confirmada com o simples convívio com pessoas de diferentes classes”.

Os valores de uma classe social mais alta poderão apresentar certas tendências ou modismos que seriam impossíveis para alguém de uma classe baixa acompanhar. As diferenças entre as classes são variáveis de acordo com o nível econômico de uma nação.

As classes sociais são divisões relativamente homogêneas e duradouras de uma sociedade. Elas são hierarquicamente ordenadas e seus integrantes possuem valores, interesses e comportamentos similares (KOTLER, 2000, p. 78).

Sabe-se que, por exemplo, duas pessoas de mesma classe social tendem a se comportar da mesma maneira.

As classes sociais não refletem apenas a renda, mas também indicadores como ocupação, grau de instrução e área de residência. Elas diferem entre si em vestuário, padrões de linguagem, preferências de atividades e lazer além de outras características.

As pessoas também são vistas como ocupantes de posições inferiores ou superiores, de acordo com sua classe social. As pessoas podem passar de uma classe social para outra - para cima ou para baixo - esta mobilidade de extensão varia de acordo com a rigidez da estratificação social (LAS CASAS, 1997, p. 33).

Sheth e Sisodia (2001, p. 23) observaram que “muitos sociólogos, economistas do consumidor e pesquisadores do consumidor consideram que a classe social é a característica mais significativa para entender e prever o comportamento do cliente”.

Zeithaml e Bitner (2003) demonstram através do “Gaps Models” uma forma de avaliarmos como o cliente pode observar a organização e as diferenças entre os serviços esperados e recebidos nos ambientes internos e externos à empresa.

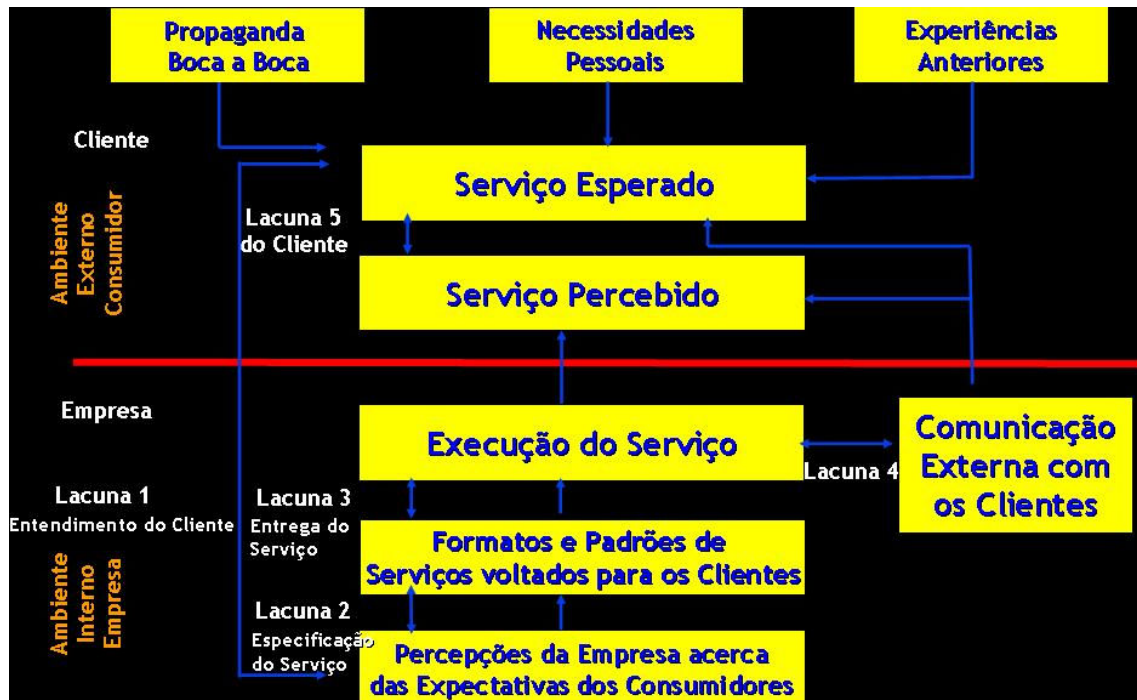


Figura 11: Modelo de Lacunas

Fonte: Zeithaml & Bitner (2003, p. 48).

Desta forma, podemos imaginar de que forma o cliente compara o custo benefício de cada situação de serviço que encontra dentro do ciclo de serviços que é submetido durante a internação, conforme figura 11.

Na percepção dos benefícios, considera-se: recomendações, soluções, atendimento, aparência e promessas. Na percepção de custos, considera-se atrasos, esperas, riscos, procura ou dinheiro gasto, conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Valor} = \frac{\text{Percepção dos Benefícios}}{\text{Percepção dos Custos}}$$

Para podermos melhor atender o cliente, devemos conhecer onde se localizam as principais vulnerabilidades no serviço e criar planos de ações a fim de reverter à causa dos problemas. Em hotelaria é muito comum o gestor pensar que o mau serviço está localizado somente na lacuna três do diagrama proposto por Zeithaml e Bitner (2003). Na realidade, no desenvolvimento da pesquisa percebeu-se que o maior problema não está na execução, mas naquilo que os clientes esperavam e que a empresa não tinha preparo para atendê-lo. Ao ouvir as reclamações dos clientes, também devemos nos apropriar de um novo modelo de

relacionamento com eles. Um modelo que seja mais próximo e no qual eles se sintam à vontade para reclamar. Muitos clientes de hospitais têm receio em reclamar por medo de alguma retaliação dos prestadores de serviço durante a sua internação. Normalmente, entregam uma pesquisa de satisfação do cliente e no melhor dos casos, tabulam e devolvem para as áreas conhecerem seus problemas. Nem sempre tomam providências e quase nunca respondem aos clientes. O modelo proposto pretende estar mais próximo do cliente de saúde, conforme demonstra a Figura abaixo:

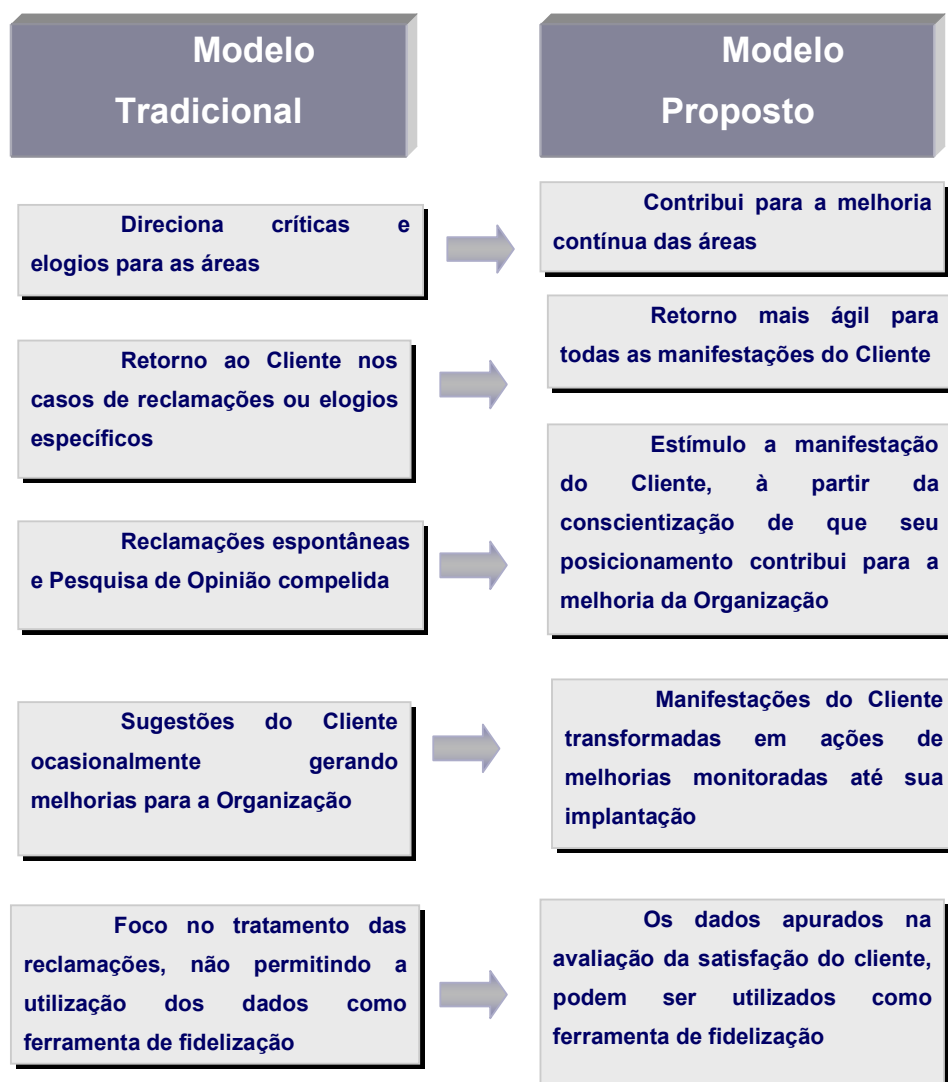


Figura 12: Modelo proposto no relacionamento com o cliente

Fonte: Elaborado pelo autor

Ao se avaliar as pesquisas de satisfação em diversos hospitais é relevante perceber que mesmo em instituições que ainda não legitimam a hotelaria hospitalar como parte de seu modelo de gestão, os questionamentos existentes são sempre referentes aos serviços de apoio ou quando se questiona a área de enfermagem e clínica, as questões voltam-se para o atendimento e o comportamento destes profissionais. Pode-se verificar esta constatação em diversas pesquisas de satisfação de clientes de diversos hospitais, inclusive os dois pesquisados.

3.2.2. O uso equivocado do Plano de Saúde

A busca de um bom plano de saúde é encarada como um dos mais importantes benefícios aos assalariados. O sistema público de saúde por sua vez está carente de recursos e tendo um plano de saúde, as pessoas darão preferência a utilizar seus benefícios. Este fenômeno é cultural, ocorrendo em todos os níveis sociais existentes. Muitas vezes, pessoas da própria área de saúde, esclarecidas da situação, utilizam o hospital de forma equivocada.

Neste sentido, a sinistralidade aumenta a um ponto que para as empresas de Saúde, o valor cobrado acaba não justificando seus investimentos e passam a reajustar seus preços, cada vez mais tirando a possibilidade de camadas mais pobres da população poder ter acesso aos hospitais. Para ilustrar situações deste tipo, segue um exemplo:

Muitas vezes, por não ter com quem deixar seus filhos, a mãe leva seu filho doente e seus quatro irmãozinhos e “aproveitando” que já está por lá, passa em consulta todos eles, tarifando e tornando caro o atendimento ao sistema.

Mas este fato interessante que poderia pelo menos resultar em um alto índice de cuidados na saúde acaba por ser em vão. As pessoas da classe menos favorecida economicamente, na sua grande maioria, não têm dinheiro para comprar os medicamentos sugeridos pelo médico, recorrendo muitas vezes a outros tipos de soluções como benzedadeiras, simpatias e receitas caseiras. Também por não se alimentarem corretamente, tendem a um quadro de desnutrição. A incidência de

complicações infecciosas e não infecciosas aumenta de duas a seis vezes em pacientes desnutridos: pacientes submetidos a amputação de pé, por exemplo, quando desnutridos apresentam um índice de cicatrização de 18% enquanto o grupo de nutridos tem as feridas cicatrizadas em 86%. O tempo de permanência hospitalar em desnutridos assim como mortalidade é bem maior – podendo chegar a 90% (CREMESP, 2001).

Muitos pacientes, além de desconfiados, são desatentos, capazes, como eu já disse, de comer as pomadas e esfregar na zona dolorosa o xarope, de introduzir pílulas nas cavidades [...] temos de receitar e fiscalizar permanentemente por que tudo de ruim que acontece – a culpa é do médico (NAVA, 1987, p. 92).

Como praticar a mesma medicina aplicada nos países europeus, que exercem um controle maior da saúde de sua população, se dispomos de US\$ 611 per capita, enquanto eles dispõem de US\$ 2.700,00? (BENTO, 2005)⁹.

Os hospitais pesquisados recebem o impacto desta situação da mesma forma que qualquer outro hospital privado no país.

O sistema privado de saúde perdeu cinco milhões de segurados, por diversos motivos, entre eles:

- Elevado índice de desemprego (17,5 % em São Paulo)
- Crescente Nível de Informalidade (55% das relações de trabalho)
- Estagnação da renda da população economicamente ativa
- Crescimento dos Custos em Saúde em velocidade superior a de outros segmentos da economia.

Por estes motivos, associados à atípica cadeia de valor deste mercado, pois quem consome não paga, quem paga não decide e quem decide não consome. Este segmento não parece muito atraente para grandes investimentos.

Algumas constatações para melhoria do Sistema, segundo Dr. Balestrin(2005), Vice Presidente da ANAHP:

- Estímulo ao desenvolvimento de produtos mais flexíveis para a parcela da população que não tem acesso aos produtos atuais por falta de poder aquisitivo
- Incentivos Fiscais para pequena e média empresa poderem pagar planos de saúde para seus funcionários

⁹ Informação verbal, em Palestra de Sérgio Lopez Bento, proferida no IBC, 3 de agosto de 2005.

- Estímulo à Medicina Preventiva
- Descentralização e abertura do mercado para reduzir a concentração de benefícios em poucas operadoras. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mais de 5,6 milhões de beneficiários estão concentrados em apenas 14 seguradoras e duas delas detém 71% deste total. Havendo maior competição entre elas, poderia haver melhores práticas administrativas para corrigir os preços praticados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas foram as observações e reflexões realizadas após esta pesquisa. Os dois hospitais pesquisados atendem os clientes que os procuram com uma qualidade médica que seguramente pode ser comparada aos melhores hospitais do país. Os clientes destes hospitais, apesar de satisfeitos com os serviços médicos prestados, sentem-se garantidos pela credibilidade existente em suas marcas e sua tradição. Percebe-se claramente que o modelo de gestão existente em ambos os casos não contempla a hotelaria hospitalar de forma sistêmica. A formatação dos serviços existentes na hotelaria destes hospitais, ocorreu pela própria exigência de seus clientes, solicitando serviços diferenciados. Percebe-se que estes hospitais, assim como grande parte das empresas prestadoras de serviço, preocupam-se mais em destacar-se naquilo que melhor julgam fazer do que naquilo que é de maior importância para seu cliente. As ações da hospitalidade comercial existente nos hospitais, através de diversos elementos de hotelaria (serviços diferenciados, infraestrutura, uniformes hoteleiros, facilidades, gastronomia entre outros) ocasionaram um melhor resultado para ambas as empresas, observado ao longo dos capítulos dois e três. Percebeu-se que a variabilidade do mercado de saúde afeta diretamente a decisão de investimentos sobre a hotelaria. Ou seja, as flutuações deste mercado atingem as decisões administrativas dos hospitais, sendo a área de hotelaria a mais buscada para redução de custos e redução de orçamento.

Por exemplo, o mercado de saúde tem em 2006, uma taxa de ocupação média anual de 73,1% e um Intervalo de Substituição de 1,41 dias, conforme dados da ANAHP (SINHA, 2006). Os dados dos dois hospitais pesquisados se aproximam muito com estas médias e por este motivo, não necessitam de uma competitividade tão intensa como ocorre com a indústria hoteleira. A demanda necessita dos serviços e a quantidade limitada de leitos se torna uma vantagem competitiva a este mercado que, como em qualquer situação de ausência de concorrência dinâmica, as empresas acabam por negligenciar o consumidor.

Hospitais particulares hoje concorrem pelos melhores clientes e não pelo volume deles. A hotelaria acaba servindo como parte da barganha comercial na negociação junto aos convênios. Uma melhor remuneração ou melhores prazos

podem ser obtidos, caso o cliente de saúde adquira este ou aquele plano que tem este hospital na sua relação de opções.

Isto faz com que exista uma migração de clientes por planos de saúde ou hospitais que ofereçam a melhor relação de custo benefício. Mesmo para os médicos, as facilidades que a hotelaria propõe, conseguem ser fatores de fidelização para o corpo clínico.

O cliente de saúde, por ser leigo e incapaz de julgar os serviços médicos recebidos, se resume a julgar os serviços de hotelaria e a infra-estrutura. Neste caso, hospitais mais preparados nos serviços de hotelaria acabam sendo considerados pelos clientes como superiores e avaliam os serviços médicos e assistenciais baseados na qualidade dos serviços de hotelaria recebidos ou percebidos.

Os hospitais pesquisados iniciaram a contemplar em seu modelo de gestão, elementos de hotelaria, criando e oferecendo melhores serviços, investindo um valor maior de capital em seu orçamento e colocando seus gestores nesta área em patamares estratégicos de decisão e não a nível operacional.

A implantação do Modelo de Gestão em Hotelaria Hospitalar no Hospital X resultou em uma maior segurança operacional e gerando eficiência em sua gestão, tornando a busca pela excelência uma ação contínua na prestação de seus serviços médicos hospitalares. Após o período de implantação do modelo verificaram-se os seguintes dados:

- Aumento de 5,3 % na taxa de ocupação;
- Aumento de 4,8 % no faturamento;
- Acréscimo de 7% no quadro de colaboradores da área e 7,5% com despesas financeiras da área (salários + encargos);
- Redução inicial de 11% na quantidade de quilo de roupa lavada por paciente/dia de enxoval hoteleiro e 10% na despesa média mensal com lavanderia.

Estes dados, demonstrados ao longo do segundo capítulo, mostram uma melhoria do resultado financeiro imediatamente após se adotar um modelo de gestão mais adequado. Porém, as atitudes de hospitalidade intrínsecas nas pessoas dos hospitais pesquisados ainda dependem de circunstâncias para que ocorram. Um atendimento humanizado, em grande parte das vezes, depende da transgressão de normas administrativas existentes. A dádiva que pode existir numa atitude entre um colaborador e o paciente não é incentivada por seus gestores e nem faz parte da

política de atendimento das empresas, embora ela ocorra diversas vezes de forma pulverizada. Não há uma direção do Departamento de Recursos Humanos destas empresas neste sentido. Embora os gestores criem programas a fim de incentivar o bom atendimento, existe um entendimento equivocado entre aquilo que a empresa deseja realizar daquilo que os colaboradores praticam.

Os benefícios em se utilizar um modelo de gestão foram evidentes aos próprios gestores e tendem a ser irreversíveis, porém os investimentos nesta área ainda não representam o suficiente para garantir a qualidade durante todo o tempo. As falhas observadas estão diretamente ligadas à gestão do departamento e não à execução dos serviços propriamente ditos. O *turn-over* das áreas de hotelaria hospitalar nos dois hospitais ainda é muito alto, podendo ser considerada a área de mais baixos salários e maior rotatividade, impedindo um trabalho de maior consistência em longo prazo.

Como já mencionado no segundo capítulo, os indicadores de Liquidez Geral (LG), Liquidez Imediata (LI) e APPL sofreram alterações significativas do início ao término da pesquisa nas duas empresas pesquisadas e este fato demonstra a quantidade de recursos que podem ser direcionados à melhoria no serviço com o cliente.

A hospitalidade hospitalar pode ser entendida como a terminologia mais apropriada para descrever a hospitalidade existente nos hospitais particulares em que, além da equivalência comercial existente, há inúmeros relacionamentos entre cliente e colaborador que ocorrem gratuitamente, em que a reciprocidade é verificada no reconhecimento dos bons serviços prestados por alguns funcionários, tangibilizadas através de gratificações e presentes do cliente para com determinados funcionários, tirando fotografias ou voltando alguns dias após a alta para um agradecimento pela humanização recebida naqueles dias.

Ou seja, a hipótese que buscava a compreensão de quais ações de Hotelaria Hospitalar existentes nos hospitais particulares de grande porte são ações de humanização e quais são derivadas de sua estratégia institucional, nos mostrou a existência dos dois tipos de ação. Provou-nos que as ações de humanização por mais que desejadas pelas instituições só ocorrem se existirem pessoas interessadas em praticá-las e que qualquer programa oficial de melhoria de atendimento, em hospitais particulares, só irá intensificar os serviços da hospitalidade comercial.

Outra hipótese pesquisada foi de identificar oportunidades de adaptação do modelo de gestão existente atualmente a um modelo que vislumbre a hotelaria hospitalar de forma sistêmica, contemplando suas conexões com os serviços de enfermagem e médicos. Inúmeras são as oportunidades verificadas e para que sejam apropriadas no modelo de gestão devem ser reconhecidas como tal por seus gestores. Percebeu-se uma preocupação muito maior em atingir metas e resultados em relação à eficiência operacional do que em criar maiores conexões entre as áreas administrativas e operacionais. Ou seja, a Hotelaria Hospitalar começa a ser considerada nas duas instituições estudadas, um modelo de gestão e, a legitimidade deste departamento ainda não é suficiente para determinar o atendimento dado ao cliente por áreas que não façam parte dos serviços de apoio, como áreas assistenciais ou da competência essencial de um hospital. Para conquistar esta legitimidade perante os diretores dos hospitais, a área de hotelaria necessitará de uma unidade de conceitos entre as instituições, de gestores que possam participar de reuniões de planejamento estratégico para discutir conceitos e padrões. Os serviços da hospitalidade comercial devem ser mensurados e orçados, mas a dívida gerada no atendimento entre funcionários e clientes deve ser espontânea, valorizada e incentivada pelas instituições, sendo reconhecida como um grande ativo.

Pela importância deste assunto e a relevância que tem por tratar de um tema tão delicado como é a saúde, esta pesquisa não deve ser considerada esgotada, merecendo assim um prosseguimento por parte das instituições acadêmicas e de pesquisa. Desta forma, a evolução das práticas hoteleiras dentro dos hospitais poderá continuar se desenvolvendo de forma sustentável e a criação de um ambiente que permita a existência de atitudes de hospitalidade será garantida por suas estruturas físicas, sua arquitetura, seus processos administrativos e suas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMCZYK, Julio. Para AMB há escolas médicas demais. *Folha de S.Paulo*. p. C9. 29 out. 2006.

ACUPUNTURA. Introdução: história da medicina chinesa. Disponível em: <http://www.acupuntura.org/geral/acmvge06.htm> . Acesso em: 21 nov. 2005.

ALVES, Rubem. *Filosofia da ciência*. São Paulo: Loyola, 2005.

ANDRADE, Maria Margarida de. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação*. São Paulo: Atlas, 1999.

ASMUSSEN, Michael Willy. *Revista OESP*, São Paulo, ano 2, p. 4, out. 1997.

BALESTRIN, Francisco. *O Estado de São Paulo*, p. 7, 2 jul. 2005.

BARR, Joseph. Talismans and amulets in the pediatric intensive care unit: legendary powers in the contemporary medicine. Folk medicine in the ICU. *U.S. News & World Report*. vol. 137, n. 1, Abril, 2000.

BELASCO, James; STAYER, Ralph. *O vôo do búfalo*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

BENTO, Sérgio Lopez. Saúde privada brasileira passa por séria crise. *JORNAL do CRA*, São Paulo, ano XXIX, n. 240, p. 12, jun. 2005.

BERNARDES, Cyro. *Teoria geral das organizações*. São Paulo: Atlas, 1991.

BOEGER, Marcelo Assad. *Gestão em hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2003.

_____; YAMASHITA, Ana Paula. *Gestão financeira para meios de hospedagem*. São Paulo: Atlas, 2005.

BOFF, Leonardo. *A águia e a galinha*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

_____. *Hospitalidade: direito e dever de todos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

_____. *Saber cuidar*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BORBA, Valdir Ribeiro. *Marketing de relacionamento para organizações de saúde*. São Paulo: Atlas, 2004.

BORGES, Caio. Efeitos terapêuticos. RISOTERAPIA - Brincar é saudável. Associação Brasileira Do Câncer. Comportamento. *Revista Hands on*, nº 7 - dezembro 2001 / janeiro 2002. Disponível em: <<http://www.abcancer.org.br/materia.asp?id=55>>. Acesso em 21 nov. 2005.

BURKE, Peter; PORTER, Roy. *Línguas e jargões*. São Paulo: UNESP, 1997.

_____; _____. *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo: UNESP, 1993.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CHON, Kye-Sung; SPARROWE, Raymond. *Hospitalidade: conceitos e aplicações*. São Paulo: Thomson, 2003

CICCONE, L. *Salute e malattia*. Questioni di morale della vita fisica. Milão: Ares, 1986.

COELHO, Tom. *Síndrome de Deus*. 2004. Disponível em: www.abqv.org.br. Acesso em: 12 mai. 2006.

COLLUCCI, Claudia. Cirurgia plástica atrai estrangeiros ao país. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 10 ago. 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u2686.shtml>. Acesso em: 26 mai. 2006.

_____. Dieta rica em nutrientes reduz infecção cirúrgica. *Folha de S.Paulo*, p. C9, 29 de out. 2006.

CORRÊA, Henrique L.; CORRÊA, Carlos A. *Administração de produção e operações*. São Paulo: Atlas, 2004.

CURTO, Célia. Serviço público de primeiríssimo mundo. Aqui mesmo. *O Estado de S. Paulo*, p. C1, 19 set. 2004.

DE CICCIO, Lúcia Helena Salvetti. Saúde Vida on Line: *Floraís de Bach*. Disponível em: <http://www.saudevidaonline.com.br/florais.htm> . Acesso em: 21 nov. 2005.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti; BUENO, Marielys Siqueira. *Hospitalidade: cenários e oportunidades*. São Paulo: Thomson, 2003

DENCKER, Ada de Freitas Maneti; VIÁ, Sarah Chucid de. *Pesquisa empírica em ciências humanas*. São Paulo: Futura, 2001.

PNHAH. *Direitos do paciente*. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude/seus_direitos/direitos_paciente.htm. Acesso em: 15 out. 2006.

- ENGELHARDT, H. T. *Manuale di bioetica*. Milão: Il saggiatore, 1991.
- FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- FRANCO, Ariovaldo. *De caçador a gourmet*. São Paulo: Senac, 2001.
- FRANKL, Viktor. *Sede de sentido*. São Paulo: Quadrante, 1974.
- FUSTER, L. F. *Teoria e técnica do turismo*. Campinas: Papirus, 1979.
- GODBOUT, Jacques T. *O Espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- GODOI, Adalto Felix de. *Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais*. São Paulo: Ícone, 2004.
- GOTMAN, A. *Le sens de l'hospitalité*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- HAMEL, Cory; PRAHALAD, C. K. *Competindo pelo futuro*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HOUAISS, Antônio. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- IRIDOLOGIA. Disponível em:
<<http://www.espacocore.com.br/nutrição/iridologia.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2005.
- KAPLAN, Robert; NORTON, David. *A estratégia em ação*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. *Introdução ao marketing*. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
- LAS CASAS, Alexandre Luzzi. *Marketing de serviços*. São Paulo: Atlas, 1997.
- LASHLEY, Conrad. *Em busca da hospitalidade*. Barueri, Manole. 2004.
- LOPES, Adriana Dias. Brasil descobre o Turismo de Saúde. *O Estado de S. Paulo*. p. A26, 17 jul. 2005
- _____. Consultórios feitos para acalmar. *O Estado de S. Paulo*. 7 maio 2006.
- LOPES, Andreia Cordeiro; PRADO, Fabiola Ribeiro; MARQUES, Tatiane. *Os Desafios na Implantação da Hotelaria Hospitalar*. 2005. Trabalho de Conclusão de

Curso (Pós-Graduação em Hotelaria Hospitalar) - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, 2004.

LYNCH, Dudley; KORDIS, Paul L. *A Estratégia do golfinho* – A conquista de vitórias em um mundo caótico. São Paulo: Cultrix, 1988.

MACHADO, Lia Zanotta. Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta Bivar C. et al. *Polifonia do Dom*. Recife: Universitária – UFPE, 2006.

MAGNONI, Carlos Daniel. Desnutrição hospitalar no Brasil. *JORNAL do CREMESP*, São Paulo, n. 161, p. 10, jan. 2001.

MANN, Thomas. *A montanha mágica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1980

MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da Medicina*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____; CAMPOS, Roberta Bivar C. et al. *Polifonia do Dom*. Recife: Universitária – UFPE, 2006.

MAUSS, Marcel. Essais sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: _____ *Sociologie et anthropologie*. Paris: Puf, 1999

MCKINSEY Quarterly. *Making patients better consumers*. 2 fevereiro 2006.

MISSÃO da empresa. Disponível em: www.einstein.br. Acesso em: 17 nov. 2006.

MISSÃO da empresa. Disponível em: www.h9j.com.br. Acesso em: 17 nov. 2006.

MISSÃO da empresa. Disponível em: www.saoluiz.com.br. Acesso em: 17 nov. 2006.

MISSÃO da empresa. Disponível em: www.samaritano.com.br. Acesso em: 17 nov. 2006.

MISSÃO da empresa. Disponível em: www.hsv.org.br. Acesso em: 17 nov. 2006.

MISSÃO da empresa. Disponível em: www.hospitalbrasil.com.br. Acesso em: 17 nov. 2006.

MUSSAK, Eugenio. *Metacompetência*. São Paulo: Gente, 2003.

NAVA, Pedro. *Galo das trevas*. Memórias; 5. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

NESTLÉ. FoodServices. Caring: *Hospital*. 2005.

PADILHA, Ricardo Ianello. Call center – contact center. In: GUIMARÃES, Nísia Roxo. *Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar*. São Paulo: Ateneu, 2007.

PATERHAN, Christian. *Eneagrama: um caminho para o seu sucesso individual e profissional*. São Paulo: Madras, 2003.

PEREIRA NETO, Andre de Faria. *Os interesses profissionais da elite médica: Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social*. Rio de Janeiro, 1997.

PESSINI, Leocir. *Saúde, religião e espiritualidade*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 1977.

PORTER, Michael E. *Competição: on competition: Estratégias competitivas essenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PORTER, Roy. *Das tripas coração*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

QUIROPRÁTICO. *Quiropraxia*. Disponível em: <<http://www.quiroclinica.com.br/page3.html>>. Acesso em: 21 nov. 2005.

RIBEIRO, Antonio Carlos; ZOCOLER, José Aristides. Prefácio. In: BOEGER, Marcelo Assad; YAMASHITA, Ana Paula. *Gestão financeira para meios de hospedagem*. São Paulo: Atlas, 2005

RIFKIN, Jeremy. *“O fim dos empregos”*. São Paulo: Makron, 1991.

ROSSO, Fabrizio. *Gestão ou indigestão de pessoas – manual de sobrevivência para RH na área de saúde*. São Paulo: Loyola, 2004.

SALLES, Maria do Rosário Rolfsen. *Médicos Italianos em São Paulo – Um projeto de ascensão social (1890 – 1930)*. São Paulo: IDESP, 1997.

SANT'ANNA, Emilio. Cursinhos se especializam em candidatos à residência médica. *O Estado de S.Paulo*. p. A34. 16 dez. 2006.

SCHUMACHER, E. *Small is beautiful*, Nova York: Harper&Row, 1975.

SGRECCIA, E. *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Milão: Vita e Pensiero, 1986.

_____. *Salute e salvezza cristiana nel contesto dell'educazione sanitaria*. Milão: Medicina e Morale, 1986

SHETH, Jagdish N; SISODIA, Rajendra S. High Performance Marketing. *Marketing management*, Chicago, vol. 10, no. 3, p. 18-23, 2001.

SINDICATO Médico do Rio Grande do Sul. *Revista*. Memória da profissão. Disponível em: <http://www.simers.org.br/revista0904-30.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2006.

SISTEMA integrado de indicadores hospitalares. *Revista Sinha*, São Paulo, ano1. n. 1, p. 9-23, nov. 2006

SOCIEDADE Brasileira de Geriatria. *O Estado de S.Paulo*, 11 dezembro 2005.

SOUZA, Antonio Candido de Mello e. In: FESTER, Antonio Carlos Ribeiro. *Antonio Candido, 80 anos de humanização*. Disponível em: www.dhnet.org.br/direitos/militantes/fester/candid80.htm. Acessado em: 9 jan. 2007.

STEINGARTEN, Jeffrey. *O homem que comeu de tudo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

TARABOULSI, Fadi. *Administração da hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2003

TELFER, Elizabeth. In LASHLEY, Conrad. *Em busca da Hospitalidade*. Barueri, Manole, 2004.

VALDÉS, Jesús Álvarez. *Marketing estratégico e estratégia competitiva de empresas turísticas*. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

VATICANO - Comissão de Pastoral da Saúde da Conferência Episcopal da Itália, 1990, n. 42.

ZEITHAML, A. Valarie; BITNER, Jo Mary. *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Rubem. *A gestação do futuro*. Campinas: Papirus, 1987.

AURÉLIO. *Mini dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo, 2006.

CHAROUX, Ofélia M. G. *Metodologia: processo de produção, registro e relato do conhecimento*. São Paulo: DVS, 2004.

CORRÊA, Henrique L.; CAON, Mauro. *Gestão de serviços*. São Paulo, Atlas, 2002.

DIAS, Celia Maria M. *Hospitalidade: reflexões e perspectivas*. Barueri: Manole, 2002.

GOLEMAN, Daniel. *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

HRONEC, Steven M. *Vital signs*. New York: AMACON, 1993.

LOURENÇO, Alexandre. Financiamento na saúde não acompanha demanda. *Jornal do CRA*, ano XXIX, n. 240, p. 4, Jun 2005.

MOORE, Michael. *Stupid white men*. São Paulo: W11, 2003.

MORAES, Ornélio Dias de; CÂNDIDO, Índio; VIERA, Elenara Vieira de. *Hotelaria Hospitalar*. Caxias do Sul: EDUCS, 2004.

SPOLON, Ana Paula Garcia; QUADROS, Antonio Carlos Moura de. *Glossário técnico hoteleiro*. São Paulo: FISP, 2000.

TRANJAN, Roberto Adami. *Metanóia*. São Paulo: Gente, 2002.

TRIGO, Luiz Gonzaga Godoi. *Entretenimento*. São Paulo: SENAC, 2003.

_____. *A sociedade pós-industrial e o profissional de turismo*. Campinas: Papirus, 1998.

GLOSSÁRIO

Acreditação – A acreditação é um processo, no qual uma entidade certificadora de programas de qualidade avalia instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de requisitos definidos para melhorar a qualidade do cuidado.

Ammenities – Produtos de conveniência de *toilette*.

Balanced Scorecard – Sistema estratégico de gestão, é utilizada para medir com base em dados estatísticos e indicadores, as atividades de uma instituição nos termos de sua visão e estratégias. Fornece ao gestor detalhes do desempenho de um negócio sob as perspectivas financeiras, do cliente, do processo, do negócio, da aprendizagem e do crescimento.

Banner brand – Marca genérica que abriga uma série de marcas específicas.

Cirurgia Eletiva – Cirurgia agendada com hora marcada previamente entre o médico, o hospital e o paciente.

Colaboradores – são todos os profissionais ligados à instituição, além dos funcionários e regime CLT, terceiros, corpo médico, prestadores de serviço e corpo de voluntários.

Healing Enviroments – Ambientes que favorecem a cura.

Healing Hospitality – Hospitalidade na relação humana que propicie a cura.

Health flats – Hotel de longa permanência com características clínicas.

Herbanário ou Ervanário: estabelecimento que realiza dispensação de plantas medicinais.

Home Care – Serviço médico domiciliar.

Histerectomia – Retirada do útero

Hospice – Local de hospedagem para público de terceira idade, recebendo serviços de condomínio e de infra-estrutura hospitalar. Nos Estados Unidos, normalmente localizados próximos a hospitais.

JCI – Joint Comission International – Com sede nos Estados Unidos, é uma entidade sem fins lucrativos, subsidiária e divisão da JCHO – Joint Comission of Health Care Organizations, que tem como missão melhorar a qualidade da assistência a saúde internacional fornecendo serviços de acreditação no mundo.

Limpeza Terminal – Limpeza realizada após a saída do paciente, antes do uso por um novo cliente.

Market share – dados sobre o desempenho de empresas que disputam um mesmo mercado e compartilham suas informações.

Matriz BCG – Nome dado a um instrumento que possibilita análise da carteira de produtos de uma empresa baseada em grandes fatores: crescimento de mercado / participação de mercado e lucratividade.

Não Conformidade – Não atendimento a um requisito. Requisito que deve ser compreendido como a necessidade ou expectativa que é expressa, geralmente de forma implícita ou obrigatória. Pode ser de uma lei, de uma norma ou especificação interna.

Sinistralidade – Índice utilizado pelas operadoras de saúde para regular e disciplinar o uso do plano pelos seus segurados.

Turn Over – Rotatividade de funcionários de um setor ou empresa.