

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE**

**ENFERMAGEM E HOTELARIA HOSPITALAR
NA PROMOÇÃO DA HOSPITALIDADE**

MARIA ANTONIA DE ANDRADE DIAS

**SÃO PAULO
2005**

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE**

**ENFERMAGEM E HOTELARIA HOSPITALAR
NA PROMOÇÃO DA HOSPITALIDADE**

MARIA ANTONIA DE ANDRADE DIAS

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth Kyoko Wada, como exigência para a obtenção do título de Mestre, no Programa de Mestrado em Hospitalidade, da Universidade Anhembi Morumbi.

SÃO PAULO

2005

BANCA EXAMINADORA

À Sociedade Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem — Sobragen, uma idéia minha que deu certo e tem buscado cumprir a missão para a qual foi criada: contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Agradecimentos

À minha família

Aos meus amigos

Aos meus Veneráveis Mensageiros

À Prof. Dra. Elizabeth Wada, cuja sabedoria me fez enxergar melhor as inter-relações entre os saberes e me fez crescer, quando achei que não mais podia...

RESUMO

A pesquisa tem como tema a inter-relação dos serviços de enfermagem e de hospedagem na promoção da hospitalidade em hospitais. Foi realizada em duas etapas, sendo a primeira um estudo exploratório por intermédio de uma pesquisa bibliográfica e a segunda, um estudo de caso, com observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Procurou-se contextualizar a enfermagem, a hotelaria hospitalar e a hospitalidade, buscando-se identificar se a hospitalidade e a humanização da assistência na área hospitalar são compreendidas como sinônimos. A pesquisa justifica-se porque, embora o hospital tenha várias funções, todas voltadas para o atendimento à saúde, a principal delas é tratamento do cliente. Considerando que boa parte das pessoas que buscam o hospital o fazem muitas vezes amedrontadas, porque sentem sua vida ameaçada, e vêem o ambiente hospitalar como algo desconhecido e até assustador, nesse contexto, a hotelaria hospitalar pode ser um diferencial e contribuir para minimizar o impacto do ingresso no ambiente hospitalar, criando, em parceria com outros serviços hospitalares, um ambiente humanizado e hospitaleiro, cujo objetivo é facilitar a adaptação do cliente ao ambiente. A enfermagem, constituída por profissionais de três categorias (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), presta assistência à pessoa, “doente ou com saúde, para que execute aquelas atividades que contribuem com a saúde ou sua recuperação (ou para com uma morte em paz) que ela executaria sem auxílio, caso possuísse a força, a vontade ou o conhecimento necessários” (Henderson, 1961), sendo tradicionalmente quem acolhe o cliente no hospital. O foco de sua atividade é o cuidado do cliente e sua inter-relação com a hotelaria hospitalar, que pode proporcionar uma quebra de paradigmas, contribuindo para uma mudança de comportamento da equipe multiprofissional, especialmente na equipe assistencial, constituída por profissionais das várias áreas de atenção à saúde. Portanto, a interação enfermagem/hotelaria hospitalar pode contribuir para otimizar a assistência prestada ao cliente, agregando valor ao cliente.

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem, Hotelaria Hospitalar, Hospitalidade, Administração Hospitalar.

ABSTRACT

The research subject was the relationship between nursing and hoteling services to provide hospitality in hospital. There were two phases, the first one was an exploratory study by bibliography survey and the second one was a case study, using participate observation and interviews. Nursing, hospital hoteling and hospitality had their context studied to understand if hospitality and humanization are sinonimous. The research is justified considering that the most important hospital goal is the patient healing. People goes to the hospital with fear and see the hospital as an scaring environment. Hospital hoteling is able to make the difference and reduces this impact with partnership among others hospital services to make client feels more comfortable. Nursing has three professional cathegories (nurses, technicians and nursing auxiliary) that delivery care to clients, "sick or healthy, to do the activities that helps health or recovering (or to help to die in peace) that client would able to do by himself if he had strengh, will or knowledge (Henderson, 1961, p 4). Nursing focus is to delivery care and the relationship with hospital hoteling is able to change models and behavious of the team health. So, nursing and hoteling hospital relationship are able to improve the client care and to criate value to the client.

KEY-WORDS: Nursing, Hospital Hoteling, Hospitality, Hospital management.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	1
2	Enfermagem, Hospitalidade e Hotelaria Hospitalar.....	8
2.1	Enfermagem e Hospitalidade.....	15
2.2	Enfermagem e Hotelaria Hospitalar.....	20
3	Hospitalidade = Humanização?	25
3.1	O acolhimento e o ambiente do cliente no hospital.....	29
3.2	A Hotelaria hospitalar e hospitalidade.....	33
4	Hospital: convívio de clientes externos e internos.....	38
4.1	Hospital empresa.....	43
4.2	Convívio entre clientes internos e externos	48
5	Estudo de caso: serviços hoteleiros e de enfermagem em um hospital na Cidade de São Paulo.....	56
6	Considerações finais	73
7	Referências bibliográficas	81
	Anexo 1 — Roteiro de entrevistas.....	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organograma do Hospital "X" p. 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn —	Associação Brasileira de Enfermagem
COFEN —	Conselho Federal de Enfermagem
OMS —	Organização Mundial de Saúde
OPAS —	Organização Pan-americana de Saúde
PS —	Pronto-Socorro/Emergência
SAC —	Serviço de Atendimento ao Cliente
SND —	Serviço de Nutrição e Dietética
SUS —	Sistema Único de Saúde
UTI —	Unidade de Tratamento Intensivo

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão estruturada surgiu na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale estabeleceu as suas bases científicas e criou a primeira escola voltada para a formação da enfermeira num contexto de ensino formal e com um período de estudo pré-estabelecido. O surgimento da enfermagem como profissão tem que ver com o momento social vivido na Inglaterra, ou seja, a Revolução Industrial e a emergência do sistema capitalista europeu, pois as condições sanitárias daquela época eram muito precárias e as doenças dos trabalhadores causavam prejuízos¹.

No século anterior, havia ocorrido a medicalização dos hospitais e a mudança de sua função, deixando estes de serem instituições voltadas para a assistência aos pobres, visando separá-los e excluí-los da sociedade quando ficavam doentes, a fim de evitar uma possível propagação de sua doença. O hospital passa a ser um instrumento de cura e o médico torna-se o principal responsável pela organização hospitalar².

Florence Nightingale preocupou-se em criar um “espaço humano” no ambiente hospitalar, porque considerava que a limpeza, a iluminação e a aeração das enfermarias tinham relação com a cura dos doentes³.

Embora o foco principal do hospital seja o tratamento e a assistência prestados aos clientes, para a manutenção de sua competitividade tornou-se necessária a criação de serviços diferenciados, que agreguem valor ao cliente e que envolvam aspectos voltados para o seu conforto e segurança.

A hotelaria hospitalar pode contribuir para minimizar o impacto que o cliente sofre ao adentrar no ambiente hospitalar, por meio da criação de um espaço mais humanizado, que se pareça mais a um hotel ou com a própria casa do cliente. Para que isto ocorra, o serviço de hospedagem precisa estabelecer uma relação muito íntima entre os objetivos do hospital e a hospitalidade, compreendida como o

1 GEOVANINI et al. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 25.

2 FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000, p. 101.

3 BASSI M. A. **Florence Nightingale, a dama da lâmpada**. São José dos Campos: Fundação E. E. W. Johnson, 1999. p. 47.

“processo de agregação do outro à comunidade”⁴, considerando sempre a especificidade da clientela.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

As funções do hospital estão voltadas para o atendimento à saúde nos aspectos que envolvem tratamento, prevenção da doença e promoção da saúde, além da reabilitação. Além disso, o hospital tem também como funções realizar pesquisas, buscando o desenvolvimento das ciências da saúde e é campo de aprendizagem para inúmeros profissionais.

As pessoas que vão para o hospital em busca de assistência quase sempre estão amedrontadas porque sentem sua vida ameaçada. Ainda, o ambiente do hospital é desconhecido e pode até ser considerado assustador, pois o cliente não sabe o que vai lhe acontecer, a quais procedimentos terá de se submeter para solucionar o seu problema.

A pessoa que busca o hospital participa do mundo globalizado, ligado pela tecnologia de informação e carece continuar em contato com o ambiente lá fora, mesmo quando internada. O hospital, sendo um sistema aberto onde as pessoas fazem trocas entre si, relacionam-se e trabalham, é um ambiente de cuidado e não é isolado do macroambiente (o próprio mundo) ⁵.

A hotelaria hospitalar pode ser um diferencial, ao contribuir para minimizar o impacto que o cliente sofre ao ingressar no ambiente hospitalar, criando, em parceria com outros serviços hospitalares, um ambiente humanizado.

“A humanização se realiza e acontece nas relações interpessoais”⁶, o que significa que a competência dos profissionais e a tecnologia não são suficientes, requerendo-se a interação profissional/cliente. A atitude do profissional pode contribuir ou não para que o cliente perceba que está sendo bem-acolhido.

4 GOTMAN, 2001, p. 493, apud WADA. E. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, A.; BUENO, M. (Orgs.). **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003, p. 62.

5 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 108.

6 MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003, p. 26.

O foco da enfermagem é o cuidado do cliente⁷ e a hotelaria viria proporcionar, além de mudanças na estrutura física do hospital, uma quebra de paradigmas, contribuindo para uma mudança de comportamento da equipe multiprofissional, especialmente na equipe assistencial, constituída por médicos e profissionais de enfermagem, pois são eles que interagem diuturnamente com o cliente.

Assim sendo, a interação entre esses dois serviços pode contribuir para otimizar a assistência prestada ao cliente.

Os resultados da pesquisa contribuirão para que os profissionais de saúde que exercem sua profissão na área hospitalar possam aperfeiçoar os métodos de trabalho voltados para a assistência ao cliente.

Objetivos da Pesquisa

Objetivo Geral

Analisar a relação entre o serviço de enfermagem e o hoteleiro e a possível contribuição na prestação de uma assistência humanizada e hospitalar ao cliente.

Objetivos Específicos

Identificar se existe relação entre hotelaria hospitalar e enfermagem na humanização da assistência.

Identificar pontos de estrangulamento na relação enfermagem/hotelaria hospitalar.

Analisar a autonomia da enfermagem na solução de problemas relativos ao acolhimento do cliente.

⁷ FIGUEIREDO, N. M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 5.

Problema

De que maneira a enfermagem e os serviços hoteleiros contribuem para a hospitalidade e a humanização do ambiente hospitalar?

Hipóteses

- Hospitalidade no ambiente hospitalar pressupõe uma parceria entre enfermagem e hotelaria.
- O hospital, para ser hospitaleiro com seus clientes externos, reconhece que seus colaboradores/clientes internos são o principal fator da hospitalidade.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi feito um estudo exploratório por intermédio de uma pesquisa bibliográfica que permitiu a formulação do problema e das hipóteses.

A pesquisa nessa etapa foi exploratória, partindo de bases empíricas de investigação, cuja finalidade é “formular um problema ou esclarecer questões para desenvolver hipóteses”.⁸

Na pesquisa exploratória, a busca de conhecimento é informativa, objetiva e sempre com vistas à exatidão, porque o pesquisador observará os fatos de forma sistematizada.

A pesquisa empírica permite reprodução, o que não ocorre com sua interpretação, por ser baseada em “idéias subjetivas”⁹, sujeitas à discussão, aceitação ou contestação.

8 Op. cit. p. 59.

A pesquisa exploratória permite ao pesquisador familiarizar-se com o ambiente a ser observado e não requer amostragem, possibilitando a utilização da observação participante. Essa modalidade de pesquisa tem como finalidade observar o fenômeno e responder às questões relativas a esse fenômeno, por meio de procedimentos de observação padronizados e “processamento lógico de raciocínio”.¹⁰

Como segunda etapa desta pesquisa empírica, realizou-se um estudo de caso, com observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Como afirma Rubem Alves, “senso comum é aquilo que não é ciência”¹¹ e a ciência é uma especialização do senso comum, sendo ambos “expressões da mesma necessidade básica, a necessidade de compreender o mundo”¹². Partindo-se desse princípio, é senso comum no hospital que os serviços de enfermagem e de hotelaria podem ser grandes parceiros ou grandes competidores, mas que, no primeiro caso, agregam valor à assistência prestada ao cliente, tornando-a mais hospitaleira e humana.

Para que esta busca de conhecimento seja válida como pesquisa torna-se necessário usar um método, ou seja, uma orientação para a “seleção dos procedimentos da pesquisa que deverão ser seguidos pelo pesquisador”¹³ e é essa escolha que determina “os comportamentos e instrumentos”¹⁴ que serão usados na pesquisa, tanto na seleção como na elaboração das técnicas. Portanto, o uso do método é “que faz com que o conhecimento obtido seja considerado científico”¹⁵, por ser uma forma planejada e consciente de investigação e, neste caso, baseada em senso comum. O uso do método tem como objetivo “ordenar a investigação”¹⁶, buscando aumentar a possibilidade de aproximar a realidade das suas interpretações.

No estudo de caso¹⁷, usa-se a subjetividade, que pressupõe a realidade social e coletiva incorporada pelo pesquisador, que questiona como e por que o

9 Op. cit. p. 31.

10 DENCKER, A.; VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. 2ed. São Paulo: Futura, 2001. p. 66.

11 ALVES, R. **Filosofia da ciência**. São Paulo: Loyola, 2000,

12 Idem, p. 21.

13 DENCKER, A.; DE VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. 2ed. São Paulo: Futura, 2001, p. 38.

14 Idem, p. 38.

15 lb, p. 39.

16 lb, p. 31.

17 BRESSAN, F. **O método do estudo de caso**. Disponível em:

http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm Acesso em 15/11/2004.

evento ocorre, tendo pouco controle sobre ele. O estudo de caso pode ser considerado como uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro da vida real, objetivando compreender o que será observado de forma sistemática, com delimitação do campo investigado, no tempo e no espaço.

A observação participante demonstrou-se a mais adequada, porque se buscou validar a experiência da autora do trabalho, já que atua na área como enfermeira há quase trinta anos e como docente da disciplina “hotelaria hospitalar” por volta de cinco anos.

Realizou-se um estudo de caso ¹⁸, visando retratar a realidade e usar várias fontes de informação.

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com o gerente administrativo do hospital, o gerente do serviço de enfermagem e o supervisor da hotelaria hospitalar, visando à interação entrevistador e entrevistado. As entrevistas propiciaram maior flexibilidade na obtenção das informações, permitindo ainda ao entrevistador observar o entrevistado e a situação, ou seja, a linguagem não-verbal do entrevistado e o próprio ambiente. Nas entrevistas foram feitas perguntas abertas e fechadas, usando-se gravador para garantir a fidelidade das respostas para posterior análise.

Buscou-se um referencial teórico brasileiro sobre o tema hotelaria hospitalar, focando a humanização e a gestão desse serviço e percebeu-se a escassez de trabalhos sobre o tema. As pesquisas foram realizadas em bibliotecas da Fundação Getúlio Vargas, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (USP) e Centro Universitário São Camilo (CUSC), consultando-se artigos, teses e dissertações. Nas duas primeiras instituições elencadas, nada foi encontrado. Na terceira, foi encontrada uma dissertação de mestrado, já usada pela pesquisadora como referência bibliográfica porque foi transformada em livro ¹⁹. Na biblioteca do CUSC, o único artigo encontrado na revista *O Mundo da Saúde*, publicação do próprio Centro Universitário, foi escrito pela autora desta pesquisa²⁰. A mesma busca também foi feita em meios eletrônicos (Bireme) e foram encontrados três artigos, sendo um

18 Idem, p. 188.

19 TORRES, S.; LISBOA, T. C. **Limpeza e higiene. Lavanderia hospitalar**. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

20 DIAS, Maria Antonia de Andrade. Hotelaria Hospitalar e sua relação com a preservação do meio ambiente. In: **Mundo saúde** (1995), 27(4): 609-11, out.-dez 2003. (Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 05/02/05.

deles da própria autora da pesquisa²¹ e os outros dois, um de Fadi Antoine Taraboulsi, “Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização” e outro de Silvana Torres e Teresinha Covas Lisboa, “Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar”²².

O estudo de caso seria realizado em dois hospitais, mas, por orientação da Banca de Qualificação, optou-se por fazê-lo em apenas um hospital.

O estudo de caso ocorreu em um hospital na cidade de São Paulo, que, por rigor ético, será identificado apenas como Hospital “X”.

A escolha do hospital foi motivada por vários fatores tais como a facilidade de acesso ao pesquisador, proporcionando o conhecimento de informações que em outras circunstâncias seriam confidenciais, ou seja, não seriam fornecidas. Além disso, o pesquisador teve a oportunidade de acompanhar a internação de um familiar, o que possibilitou vivenciar o acolhimento e a interação entre os serviços de hotelaria e o de enfermagem, facilitando sobremaneira a observação participante.

O Hospital “X” é particular, isto é, pertence a um grupo de médicos que o financiam, e está situado em bairro de classe média alta, na região sul do Município de São Paulo. Atende convênios e pacientes particulares, não oferecendo assistência para clientes do SUS (Sistema Único de Saúde), cujo atendimento é financiado pelo governo.

O hospital já havia autorizado a pesquisa antes da ocorrência da internação, embora isto não tenha influenciado a observação participante, pois o conhecimento da pesquisa a ser realizada ainda estava restrito à direção do hospital.

Embora o hospital não disponha de um Comitê de Pesquisa, foi feito um termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelos profissionais entrevistados.

As ferramentas de pesquisa anteriormente citadas foram usadas com a intenção de comprovar ou refutar as hipóteses apresentadas.

21 Idem, *ibid*.

22 TORRES, S.; LISBOA, T. C. **Limpeza e higiene. Lavanderia hospitalar**. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

2 ENFERMAGEM, HOSPITALIDADE E HOTELARIA HOSPITALAR

A hotelaria hospitalar surgiu no Brasil como um diferencial competitivo para os hospitais há pouco menos de dez anos, embora desde o início do século XVIII, quando ocorreu a medicalização dos hospitais²³, já houvesse uma preocupação com a arquitetura hospitalar. Essa preocupação não se relacionava diretamente com os pacientes, mas com a estrutura interna dos hospitais, ou seja, com a distribuição dos espaços internos.

Quando Florence Nightingale (a criadora da enfermagem científica) foi convidada pelo governo inglês para prestar serviços aos soldados feridos na Guerra da Criméia, no século XIX, sua primeira preocupação foi com o ambiente onde ficavam os soldados. Para Nightingale, a higienização do hospital, as roupas usadas pelos soldados e a comida que recebiam contribuíam para sua recuperação; também eram importantes a aeração e iluminação do ambiente, bem como o lazer. Assim, ela criou salas para leitura, onde os soldados podiam ter momentos de descontração, fora do ambiente das enfermarias²⁴.

Dessa forma, a preocupação de Nightingale em criar um “espaço humano” para os soldados foi posta em prática através de elementos materiais — limpeza, iluminação, aeração das enfermarias, sala de leitura — mas, principalmente, pela atitude que ela e a sua equipe de voluntárias tinham em relação ao cuidado com os soldados. Tanto isso é verdadeiro, que os soldados passaram a chamá-la de “Dama da Lâmpada”, pois à noite ela visitava as enfermarias levando uma lamparina para facilitar a visualização dos soldados e assim proporcionar-lhes cuidados e atenção. Isto pode ser compreendido como hospitalidade.

Embora o foco principal do hospital seja o tratamento e a assistência prestados aos clientes, para a manutenção de sua competitividade é preciso apresentar um serviço diferenciado, que agregue valor ao cliente, isto é, torna-se

23 FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000, p.101.

24 BASSI M. A. **Florence Nightingale, a dama da lâmpada**. São José dos Campos: Fundação E. E. W. Johnson, 1999, p. 64.

necessário investir em serviços que envolvam “valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”²⁵.

Quando as pessoas vão para o hospital em busca de assistência para a sua saúde, quase sempre estão assustadas e cheias de preocupações, pois o seu bem mais precioso — a sua vida — está ameaçado. Além disto, quando alguém sai de seu ambiente costumeiro, como é a sua casa ou seu local de trabalho, deixa o convívio familiar e dos amigos e vai para um hospital, o ambiente é desconhecido e até assustador.

O mundo globalizado e ligado pela tecnologia de informação é um grande sistema aberto onde as pessoas fazem trocas entre si, relacionam-se e trabalham²⁶. Não se pode mais entender a necessidade do cliente de saúde, ao ser internado, em estar tão-somente restrito ao ambiente do hospital como antigamente; ele precisa continuar em contato com o mundo lá fora, manter seus relacionamentos e também criar novos, agora no ambiente hospitalar.

A hotelaria hospitalar pode contribuir para minimizar esse impacto que o cliente sofre ao adentrar no ambiente hospitalar, por meio da criação de um espaço mais humano, que se pareça mais com um hotel ou à própria casa do cliente, modificando a antiga idéia de que o hospital é apenas um local hostil e assustador, embora necessário ao tratamento. Para que isto ocorra, o serviço de hospedagem precisa estabelecer uma relação muito íntima entre os objetivos do hospital e a hospitalidade, compreendida como o “processo de agregação do outro à comunidade”²⁷, considerando sempre a especificidade da clientela.

Nesse sentido, a hospitalidade no hospital abrange os aspectos a ela relacionados como uma atividade econômica²⁸, incluindo tanto o setor público como o privado.

O principal objetivo do cliente do hospital é a recuperação de sua saúde, compreendida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.

25 CAMARGO, L. O. de. Turismo, hotelaria e hospitalidade. In: DIAS, C. M. (Org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Magnole, 2002, p. 8.

26 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 107.

27 GOTMAN, 2001, p. 493, *apud* WADA. E. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, A.; BUENO, M. (Orgs.). **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003, p. 62.

28 LASHLEY. Towards a theoretical understanding. In: LASHLEY; MORRISON. **In search of hospitality**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000, p. 5. (tradução da autora).

Pode-se considerar essa definição como um pouco distante da realidade, pois a saúde não pode ser vista como um estado estático, mas como um processo “em constante mudança e evolução”²⁹, sofrendo influências de vários fatores, tais como o ambiente físico e social. Não sendo um fato apenas físico, o estado de saúde depende também do estado psicológico do indivíduo e de suas relações com o meio em vive.

A Constituição brasileira de 1988, em seu art. 196³⁰, determina:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sendo assim, a saúde é um direito humano fundamental e, para sua consecução, muitos setores sociais e econômicos precisam interagir.

Reconhecendo a amplitude de fatores que interferem no estado de saúde dos indivíduos, a Lei 8.080/90³¹ que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil considera no art. 3º que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País

Quando há o desequilíbrio nesse estado de saúde, torna-se necessária a busca, pelo indivíduo, do retorno ao equilíbrio anterior e é nessa situação que ele pode chegar ao hospital.

O hospital, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)³²

(...) é o estabelecimento com pelo menos cinco leitos, para internação de pacientes, que garante um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao

29 CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982, p. 117.

30 BRASIL. **Constituição Federal. 1998**. Disponível em:

<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm>>. Acesso em 10/4/04.

31 BRASIL. **LEI 8080/90**. Disponível em :

<http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html>. Acesso 23/2/2005.

32 OPAS. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/acreditacao_03.asp>. Acesso em 23/2/2005.

paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o hospital como a “representação do direito inalienável que o homem tem de ter saúde e é o reconhecimento formal por parte da comunidade de sua responsabilidade em prover meios que o conservem sadio ou que lhe restaurem a saúde perdida”³³.

Pode-se perceber as diferenças entre esses dois conceitos: o primeiro é voltado para os aspectos técnicos, mecanicistas, e o segundo é voltado para os aspectos que envolvem o direito e a humanização do atendimento à saúde.

Para tanto, é indispensável que o hospital ofereça condições que propiciem este resultado, aliando profissionais competentes e tecnologia de ponta. Contudo, é fundamental que o cliente seja recebido de maneira humanizada. Desse modo, uma aliança terapêutica passa a ser um elemento fundamental, devendo existir um vínculo profissional-paciente, como força propulsora desse atendimento, pois só a técnica é inócua ou alienante ³⁴.

Nesse contexto, pode-se refletir sobre a dádiva nesse sistema de relação entre o cliente e os profissionais que lhe atendem. Embora na atualidade muitos neguem a existência da dádiva³⁵, porque existem interesses de vários tipos envolvidos, e nessa relação cliente/profissional há o interesse comercial, também pode existir o interesse genuíno da parte dos profissionais, pela recuperação do cliente. Todas as vezes que há interação entre o cliente e o profissional e eles se comunicam, existe o dom da fala³⁶ permeando esta interação, pois a dádiva “nada mais é do que o sistema de relações sociais de pessoa a pessoa”³⁷. Como o profissional de enfermagem e o de hotelaria buscam atender as necessidades do cliente hospitalizado e esse cliente é um desconhecido, embora haja uma remuneração pelo trabalho, pode-se considerar que o espírito da dádiva permeia a assistência prestada.

A Enfermagem sempre esteve ligada, assim como as práticas de saúde em geral, à evolução da sociedade, por ser inerente à sobrevivência dos seres

33 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003. p. 56.

34 MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 21.

35 GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 12.

36 Idem, p. 14.

37 Ibidem, p. 27.

humanos. É, portanto, prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico³⁸.

A enfermagem profissional surgiu dentro do contexto da Revolução Industrial, com a emergência do sistema capitalista europeu. Entretanto, é na segunda metade do século XIX que se inicia a Enfermagem moderna e o seu ensino começa a ser sistematizado, obedecendo a critérios estabelecidos por Florence Nightingale.

Nascida em Florença, em 1820, enquanto seus pais ingleses passavam uma temporada na Itália, Florence Nightingale foi uma mulher pouco convencional, pois buscou fugir aos costumes sociais das famílias abastadas da Inglaterra. Ela recebeu uma “educação mais aprimorada do que a maioria das moças de sua época”³⁹, falava outras línguas e gostava de matemática. Seus biógrafos referem que, aos dezessete anos, Florence teria recebido um chamado de Deus e, em suas anotações, ela escreveu: “Deus falou comigo e chamou-me para o seu serviço”⁴⁰. Embora não soubesse ainda como atenderia a este chamado, Florence gostava de cuidar de pessoas doentes e, quando viajava, procurava conhecer instituições sociais. Florence almejava ter uma profissão, algo inadmissível na Era Vitoriana.

Em uma de suas viagens, ela conheceu o futuro Secretário da Guerra da Inglaterra, que em 1854 a convidou para organizar e liderar um grupo de voluntárias para cuidar dos soldados feridos da guerra da Criméia (1854-1856), em Scutari. O governo inglês estava preocupado com o custo das mortes dos soldados e não sabia como resolver os problemas decorrentes dos precários cuidados prestados nos hospitais de guerra. Nessa ocasião, Florence, então com 34 anos, foi nomeada para o cargo de Superintendente do Estabelecimento Feminino de Enfermagem, nos hospitais gerais ingleses na Turquia. Pela primeira vez na história, uma mulher foi contratada para cuidar de soldados feridos.

Seguindo para Scutari, na Turquia, com um grupo de voluntárias, Florence encontra os soldados feridos em precárias condições de higiene, sem alimentação adequada, sem roupas para trocar; em resumo, a situação era crítica. O hospital que abrigava os feridos nada mais era do que um enorme edifício sem leitos, sujo e

38 OLIVEIRA; ALESSI. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, maio/jun. 2003, ano n. 11, v.3, 2003, 334-40.

39 BASSI, M. A. **Florence Nightingale, a dama da lâmpada**. São José dos Campos: Fundação E. E. W. Johnson, 1999, p. 13.

40 Idem, p. 14.

insalubre e os soldados morriam mais de infecção do que no campo de batalha. Florence acreditava que o ambiente devia contribuir para restaurar a saúde do doente, daí sua preocupação com limpeza, iluminação e aeração do ambiente do doente.

Mesmo sendo hostilizada por alguns médicos, Florence conseguiu fazer grandes mudanças no atendimento aos soldados e, como consequência, a mortalidade caiu de 42% para 0,2% ⁴¹.

Florence procurou melhorar a alimentação, a higiene dos soldados e do ambiente e até criou um espaço para leitura, pois dizia que os doentes precisavam de lazer.

Após a guerra, ela voltou para a Inglaterra, que em agradecimento, criou o Fundo Nightingale, que ela usou “para realizar o seu sonho de estabelecer uma escola de enfermagem”⁴² no Hospital St. Thomas, em Londres, em 1856, tornando-se a precursora da enfermagem moderna.

Para se compreender melhor a importância da atuação de Nightingale, deve-se levar em consideração a época em que ela viveu. A Inglaterra, a principal nação capitalista do século XVIII e berço da Revolução Industrial⁴³, embora com enorme poderio econômico, não proporcionava condições para favorecer a saúde de seus cidadãos, o que causava enorme prejuízo à sociedade, visto que o trabalhador doente não produzia. Florence encontrou, portanto, um ambiente favorável à implantação de suas idéias sobre cuidar de doentes porque, não somente a enfermagem, como também a medicina da época, estava vinculada à política e ideologia do capitalismo.

Buscando transformar a imagem negativa da profissão, exercida naquele período por pessoas desclassificadas socialmente, Florence estabeleceu princípios rígidos de disciplina, de modelo militar, e exigia qualidades morais de todas as alunas. Esses requisitos estavam de acordo com a sociedade capitalista, refletindo a ideologia dominante nos hospitais da época, onde a disciplina imposta pelos médicos colaborava para manter a sua hegemonia e a relação de dominação/subordinação entre as classes. Pode-se perceber, nessa fase de transição da enfermagem tradicional para a moderna, que os instrumentos de seu

41 Ibidem, p. 61.

42 Op. cit., p. 101.

43 GEOVANINI et al. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 25.

trabalho relacionavam-se mais ao treinamento da disciplina do que da busca do saber de enfermagem.

A escola nightingaleana formava duas categorias de enfermeiras: as *nurses*, de classe social mais baixa, e as *ladies-nurses*, oriundas da burguesia. As primeiras realizavam o trabalho manual sob as ordens das *ladies-nurses*, que desempenhavam funções intelectuais, administrando o serviço de enfermagem, reproduzindo a estrutura social de classes da sociedade.

Desse modo, a Enfermagem moderna surge como uma ocupação assalariada e não mais empírica e desvinculada do saber especializado, embora submissa ao médico, que detém o maior status social. Portanto, desde as suas origens, a enfermagem profissional presenciou modos de divisão social e técnica do seu trabalho e esteve submetida a relações de compra e venda de força de trabalho, tais como conhecemos contemporaneamente.

Florence definiu a Enfermagem como a arte de cuidar dos seres humanos sadios ou doentes e destacou quatro conceitos básicos na sua prática de cuidados, que juntos, constituem o metaparadigma da Enfermagem, ou seja, o seu conteúdo nuclear⁴⁴. São eles, o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a Enfermagem.

Para se ter uma melhor compreensão dos hospitais antes de Florence Nightingale, pode-se dizer que eram praticamente um depósito de doentes, os quais dormiam na mesma cama, independente de sexo, idade ou doença e não havia nenhuma preocupação com a higiene. As “enfermeiras” exerciam tarefas domésticas, o trabalho era pouco remunerado ou trocado por abrigo e comida. Assim, a Enfermagem confundia-se com o serviço doméstico e, pelo comportamento inadequado e imoral de quem a exercia, passava a ser um trabalho indigno e sem atração para as mulheres de melhor nível social⁴⁵.

Somente a partir do século XVIII é que a função do hospital se modifica, deixando de ser uma instituição voltada para a assistência aos pobres, que buscava separá-los e excluí-los da sociedade quando ficavam doentes, a fim de evitar uma possível propagação de sua doença. O hospital passa a ser um instrumento de cura e o médico torna-se o principal responsável pela organização hospitalar.

A transformação do hospital é resultado da Revolução Industrial, iniciada em 1760, que passou a ser um agente da manutenção da força de trabalho e

44 GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.14.

45 GEOVANINI et al. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 27.

empresa de produção de serviço de saúde. A reorganização do hospital ocorreu a partir de uma técnica política e não médica, ou seja, a partir da disciplina⁴⁶.

A disciplina é uma técnica de exercício de poder para “gerir os homens” por meio de um “sistema de poder suscetível de controlá-los”⁴⁷, ou seja, dispõe de mecanismos de gestão disciplinar, o que implica uma vigilância constante dos indivíduos. Além disso, a disciplina exige registro contínuo de informações, de modo que o superior hierárquico saiba tudo o que acontece nas bases. Sendo assim, os doentes serão distribuídos em um espaço onde poderão ser vigiados e tudo o que ocorrer com eles deverá ser registrado.

É nesse contexto que a Enfermagem passa a atuar, ainda de maneira empírica, dominada pelo poder médico, que delegava ao enfermeiro a execução das funções de controle, objetivando manter a ordem e a disciplina.

Na atualidade, o trabalho de enfermagem faz parte do trabalho coletivo em saúde; é especializado, hierarquizado e distribuído entre os profissionais de enfermagem de nível médio e os de nível superior, enfermeiros, conforme a sua complexidade de execução.

2.1 Enfermagem e Hospitalidade

Segundo Florence Nightingale, a Enfermagem significa “o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada, tanto da dieta quanto da maneira de servi-la”⁴⁸. Para ela, a Enfermagem possui a “responsabilidade pela saúde pessoal de alguém... e aquilo que a Enfermagem tem que fazer... é colocar o paciente na melhor condição, para que a natureza aja por ele”⁴⁹.

Depois de Florence, várias outras enfermeiras definiram a Enfermagem e, dentre elas, talvez a enfermeira americana Virgínia Henderson (1961) tenha conseguido melhor expressar o significado da profissão: a Enfermagem auxilia “a pessoa, doente ou com saúde, a executar aquelas atividades que contribuem com a

46 FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000, p. 108.

47 Idem, p. 105.

48 NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989, p. 14.

49 YER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY. **Processo e diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993, p. 5.

saúde ou sua recuperação (ou para com uma morte em paz) que ela executaria sem auxílio, caso possuísse a força, a vontade ou o conhecimento necessários”⁵⁰.

A Enfermagem moderna possui um corpo de conhecimentos científicos, conta com várias teorias que lhe dão embasamento, fazendo parte das profissões liberais por ser uma atividade que deve ser desempenhada com independência e autonomia a uma livre clientela.

No Brasil, a Enfermagem segue o modelo americano, que, por sua vez, teve o seu embasamento na escola nightingaleana. Em 1923, foi criada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, que em 1926 passa a ser denominada Anna Nery. Foram algumas enfermeiras americanas, convidadas pelo diretor daquele Departamento, que iniciaram a escola e estabeleceram um padrão para a formação de enfermeiros e, a partir de 1931, o Decreto 20.109/31 estabelece que todas as escolas de enfermagem que fossem criadas deveriam seguir o mesmo padrão. Somente em 1957 é que a profissão de enfermeiro passa a ser de nível universitário⁵¹.

O diploma de Enfermeiro é expedido de acordo com a lei, em conformidade com o Art. 5, inciso XIII, da Constituição Federal: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”, isto é, o Enfermeiro tem o seu diploma expedido por uma instituição de ensino superior devidamente reconhecida pelo Ministério de Educação. Além disso, para o exercício da profissão é necessária a inscrição no Conselho de classe — Conselho Federal de Enfermagem, criado pela Lei 5.905/73 e representado em todos os estados brasileiros pelos Conselhos Regionais. O Enfermeiro tem, portanto, qualificações para exercer a profissão, o que envolve capacidade técnico-científica e habilidades que lhe permitem cuidar de seu cliente, exercer funções gerenciais, de ensino e de pesquisa na área de saúde, sendo um trabalhador do conhecimento.

A Enfermagem tem, como profissão, uma grande responsabilidade social, pois cuida da vida, da doença, da morte e preocupa-se com o meio ambiente, porque tem relação direta com a saúde.

O saber em Enfermagem ganha espaço a cada dia, saber esse que deve ser entendido como trabalho e, muitas vezes, é desarticulado “entre o saber

50 Idem, p. 4.

51 GEOVANINI et al. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 34.

acadêmico e aquele que emerge do exercício da prática”⁵², dificultado, muitas vezes, pelo amadorismo gerencial de muitas instituições de saúde, principalmente naquelas onde a hegemonia médica é ainda muito forte.

A Lei 7.498/86 regulamenta a profissão de Enfermagem no Brasil, estabelecendo três categorias: auxiliar e técnico de enfermagem, com nível médio de instrução e o enfermeiro, com instrução superior. Todas as três categorias têm atividades específicas, cabendo ao enfermeiro, além de todas as funções voltadas para o cuidado, o gerenciamento e orientação dos profissionais de nível médio.

A existência dessas três categorias concorre para dificultar a distinção, pela sociedade, dos papéis exercidos por cada uma delas, pois, em muitas instituições de saúde o enfermeiro ainda continua mais voltado para atividades administrativas, planejando e coordenando o trabalho da equipe e quem cuida diretamente do cliente é o pessoal de nível médio — auxiliares e técnicos de enfermagem. Essa mesma lei estabelece muito claramente a distinção de funções entre as três categorias, mas nem sempre o próprio enfermeiro, que é o chefe da equipe de enfermagem, busca cumpri-la, deixando na mão dos profissionais do nível médio as ações de maior complexidade que, legalmente, são suas funções privativas.

Essa situação decorre de dificuldades enfrentadas pela enfermagem ao longo de sua trajetória e são inerentes ao seu desenvolvimento⁵³. Embora tenha amparo legal, nem sempre o enfermeiro atua com autonomia e a própria sociedade ainda tem dificuldades em reconhecer o valor e a especificidade do trabalho de enfermagem e, em especial, o trabalho do enfermeiro. Além disso, a coesão entre os membros das três categorias é frágil e também os enfermeiros, ao lutarem por seus direitos sociais, políticos e econômicos se dividem em dois grupos, de acordo com suas simpatias a dois órgãos representativos da classe, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O COFEN, já citado anteriormente, criado em 1973, é uma entidade autônoma, de personalidade jurídica de direito público, que recolhe tributos e controla os que exercem a profissão, estabelecendo leis e fiscalizando o seu

52 SILVA, S. C. A visão da Enfermagem frente a novos paradigmas: reflexão teórica. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 2, n. 13, jun. 1999, p. 17.

53 WALDOW; LOPES; MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 32.

exercício nas três categorias. Portanto, para o exercício da profissão de enfermagem a inscrição no conselho é obrigatória.

Já a ABEn é uma entidade de caráter científico-cultural, cuja associação é voluntária, mas que foi a primeira entidade de classe no País, criada em 1926. Também tem representação em todos os Estados brasileiros e sua sede nacional é em Brasília.

Faz-se mister acrescentar a essa problemática a questão de gênero. A enfermagem é uma profissão cujos componentes são, na sua grande maioria, do sexo feminino e, em pesquisa realizada em 2002 na Universidade de São Paulo (USP)⁵⁴, tanto na capital como em Ribeirão Preto, apontou-se, respectivamente, que 96% e 93% dos estudantes de enfermagem são do sexo feminino. Essa situação se repete no mercado de trabalho, onde o sexo masculino continua como minoria⁵⁵, o que transfere, segundo Figueiredo, para a profissão o estereótipo “da mulher como inferior ao homem e, portanto, incapaz de realizar trabalhos que exijam capacidade intelectual, de tomada de decisão e de julgamento independente”⁵⁶. Por sua vez, Silva comenta que “o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado”⁵⁷.

Gênero é “um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos” e “um primeiro modo de dar significado às relações de poder”⁵⁸. Essa relação de poder pode ser percebida na enfermagem no momento histórico em que se inicia na Inglaterra, acompanhando a consolidação do sistema capitalista de produção, e vai se encaixar “na cadeia hierárquica e no espaço disciplinado do hospital”⁵⁹. O trabalho da enfermeira da época, considerado tarefa feminina — o cuidar —, enquadra-se naqueles de menor prestígio social, sendo considerado dissociado do saber intelectual, pois envolvia trabalho mais manual que intelectual.

54 BLAY, E. A. Gênero na Universidade. **Rev. Educação em Revista**. UNESP. Univ. de Marília, n.3, 2002, 73-78. Disponível em: http://www.usp.br/nemge/genero_usp.pdf.

55 FIGUEIREDO, N. M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 30.

56 SILVA, A. L. O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW; LOPES; MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 41.

57 SILVA, G. B. da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986, p. 27.

58 MEYER. A formação da enfermeira na perspectiva de gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW; LOPES; MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 65.

59 GEOVANINI et al. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 27.

No Brasil, quando a Enfermagem científica teve início com a criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923⁶⁰ vivia-se o começo do século XX e ainda havia pouco tempo da libertação dos escravos. Isto significa que a sociedade brasileira, patriarcal, valorizava o talento, conferindo prestígio ao indivíduo que realizava trabalho mental, mesmo sendo um simples exercício da inteligência, em detrimento daqueles que exerciam atividades que requeriam algum esforço físico. O trabalho mental, que não usava as mãos e não cansava o corpo, é que era considerado uma ocupação digna⁶¹.

Ora, a Enfermagem usava e usa muito as mãos, entrando em contato muito íntimo com as mazelas humanas e, naquele tempo, na escola de enfermagem não havia a preocupação em desenvolver o pensamento crítico das enfermeiras; elas eram formadas muito voltadas para o tecnicismo, tornando a enfermagem daquela época (e ainda hoje, em alguns aspectos) tarefa e mecanicista, separando trabalho manual/trabalho intelectual, mas principalmente, fazendo uma separação social⁶². Essa dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual é percebida pela hierarquia existente na equipe de enfermagem, constituída por profissionais de nível médio e superior, o que estimula a alienação do processo de trabalho como um todo pelos profissionais de nível médio⁶³. Assim, o enfermeiro, muitas vezes, prefere manter a idéia de que o trabalho manual deve ficar por conta do pessoal de nível médio e o intelectual é que deve ser a sua função específica, sem considerar que, na equipe de enfermagem da atualidade, todos são profissionais e pensam criticamente. Esse comportamento leva a equipe a não trabalhar de forma harmoniosa, pois há uma solução de continuidade entre concepção e execução do trabalho e o enfermeiro acaba ficando mais distante do processo de cuidar porque não se aproxima do seu cliente.

Considerando que o cuidado direto ao cliente é a essência do trabalho do enfermeiro o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), publicou a Resolução COFEN-272/2002, que torna obrigatória a Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é um processo de cuidar que envolve um método sistemático e humanizado, que se baseia em teorias elaboradas por enfermeiras com o objetivo

60 CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: ABEn, 1976, p. 7.

61 HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 8ed. Rio de Janeiro: LJO, 1977, p.50 .

62 ALMEIDA; ROCHA (Orgs.) **O trabalho na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 17.

63 ALMEIDA; ROCHA. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989, p. 21.

de dar uma orientação à sua prática, descrevendo, explicando ou prevendo fenômenos através da observação empírica ou da abstração⁶⁴.

Sendo assim, o enfermeiro deve cuidar do cliente diretamente, sem, contudo, deixar de lado as funções administrativas que fazem parte de seu trabalho, ou seja, deve gerenciar o processo do cuidar. O enfermeiro planeja o cuidado e a delegação de ações de enfermagem à equipe se baseia no critério de complexidade de que se reveste o cuidado, segundo as necessidades do cliente.

Para que isso ocorra, o enfermeiro precisa ser competente, não só tecnicamente, mas também deve usar continuamente seu pensamento crítico e ser politicamente preparado para responder às necessidades da sociedade contemporânea e globalizada⁶⁵. Isso significa que o enfermeiro não pode mais ter o comportamento submisso da época nightingaleana, pois sua intervenção de forma tecnicamente competente e politicamente esclarecida é indispensável na busca de melhorias nas condições de vida e saúde da população.

O foco tradicional da enfermagem certamente deve evoluir do assistir/cuidar, administrar, educar e pesquisar para o foco em um processo de ação e reflexão permanentes, pois o cuidar em enfermagem envolve não somente aspectos técnico-científicos, mas também aspectos emocionais⁶⁶. Nessa situação, é importante considerar o aspecto da dádiva moderna que, de um modo geral, tem um vínculo especial com a mulher⁶⁷. O fato da enfermagem ainda ser essencialmente feminina poderia estar relacionado com a facilidade que a mulher tem de se comunicar e dirigir suas emoções quando presta os cuidados ao cliente.

2.2 Enfermagem e Hotelaria Hospitalar

A palavra “paciente”, provém do Latim, *patiens, éntis*, e designa aquele “que suporta, que resiste”⁶⁸; e significa, entre algumas de suas acepções, segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, “indivíduo doente; indivíduo que está sob

64 GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.14.

65 SAUPE, R. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: EDUSC, 1998, p. 24.

66 Idem, 1998, p. 105.

67 GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 48.

68 HOUAISS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

cuidados médicos”⁶⁹. Já o *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*, aponta, entre suas acepções, “resignado, conformado, que espera serenamente um resultado; pessoa que padece, doente, o que sofre ou é objeto de uma ação”⁷⁰. Assim, o enfermo deveria ser uma pessoa paciente, obedecendo às ordens médicas e da enfermagem sem que tivesse o direito de opinar, principalmente porque os profissionais de saúde muitas vezes pressupõem que os seus conhecimentos são muito específicos e, por isto, desconhecidos por pessoas de fora da área.

Era assim que o “paciente” se comportava até bem pouco tempo atrás, talvez até por falta de conscientização de que a saúde é um direito do cidadão, garantido no Brasil pela Constituição Federal de 1988.

A partir da Constituição, outras leis foram promulgadas, garantindo ao paciente a cidadania, ou seja, os seus direitos, ao invés de apenas deveres, como antigamente. Hoje já é obrigatória a informação compreensível para o cliente sobre toda a sua situação de saúde, o que significa que as informações não podem seguir o modelo unidirecional, com o profissional agindo de maneira paternalista e não da maneira adequada, bidirecional, ou seja, uma relação empática e participativa.

São as seguintes as leis referidas: o Código de Defesa do Consumidor, de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, também de 1990, o Estatuto do Idoso, de 2003 e, em São Paulo, a Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços da Saúde no Estado de São Paulo, de 1999, que estabelecem o direito de identidade e de decisão do cidadão em relação a todas as questões que envolvem a sua saúde, permitindo-lhe a oportunidade de opção de tratamento.

Assim sendo, o paciente torna-se o cliente, conhecedor de seus direitos e responsabilidades e que vai comprar um produto, ou seja, vai em busca do tratamento e da assistência que o hospital ou qualquer outro serviço de saúde oferecem.

Qualquer profissional de saúde e o enfermeiro em particular, por exercer a atividade assistencial como sua missão profissional, “estabelece com as pessoas que atende, relações interpessoais” e o desenvolvimento de seu trabalho “depende da qualidade técnica e da qualidade interacional”⁷¹. A primeira dessas qualidades refere-se a conhecimento e habilidades e a segunda, a atitudes.

69 Idem, ibidem.

70 AURÉLIO. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

71 MARTINS, M. C. F. N. *Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 7.

Sabe-se que há considerável alívio e melhoria das condições do trabalho assistencial quando o profissional consegue conhecer os motivos do comportamento do cliente e seus efeitos no seu estado de saúde, como angústia, raiva ou impotência. O cliente, ao perceber que lhe dão atenção e que é compreendido e respeitado pelo enfermeiro e sua equipe, sente-se mais seguro e confiante, o que diminui as suas queixas.

Para que esse “cuidado incondicional ao ser humano”⁷² aconteça de forma a atender as necessidades e desejos do cliente de maneira individualizada, torna-se imprescindível que ocorra em um contexto interpessoal, interacional e relacional e com o consentimento do cliente e do profissional de enfermagem. Nesse contexto, “um dos aspectos mais importantes do contato com o cliente é a comunicação”⁷³.

Embora a enfermagem ao acolher o cliente no hospital ou em qualquer organização de saúde, jamais considere apenas sua doença, mas sim o ser humano na sua totalidade e na sua relação com o ambiente, por falta de comunicação adequada, acaba cometendo erros ou se afastando, quando deveria fazer exatamente o contrário. A relação do que foi dito ou não e do que foi entendido ou não é que pode causar esses transtornos. A própria doença gera estado de tensão, o que dificulta a comunicação, mas o enfermeiro não pode permitir que o seu cliente perca suas marcas sociais e psicológicas, passando a ser objeto do saber científico, ficando reduzido a “uma máquina humana e seus aspectos emocionais, crenças e valores relegados a segundo plano”⁷⁴. Portanto, o enfermeiro e sua equipe não podem ter uma visão reducionista e mecanicista do homem e da ciência porque senão o cuidado torna-se desumanizado, passando a um “ato repetidor dos conhecimentos”⁷⁵, ficando mais parecido com produção em série.

A dimensão psicológica, tanto do cliente, como dos profissionais de enfermagem, deve ser sempre considerada, permitindo o contato com os sentimentos e reações entre esses sujeitos, proporcionando a criação de um ambiente humanizado, propício ao cuidado e ao aprimoramento das interações.

É fundamental considerar a importância da liderança de enfermagem em relação a essa dimensão psicológica dos profissionais da equipe.

72 FIGUEIREDO et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 5.

73 MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p.7.

74 Idem, p. 11.

75 Ibidem, p. 11.

A equipe de enfermagem, composta pelas três categorias profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, deve ser chefiada pelo enfermeiro. Esse cargo de chefia tem amparo na Lei 7.498/86, art. 15: “As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro”. Os artigos citados dizem respeito às funções dos profissionais de nível médio e, portanto, ao enfermeiro é outorgada legalmente a função de chefia da equipe. Cabe ao enfermeiro transformar a chefia em liderança, indispensável para o alcance de resultados, pois no mundo globalizado a competitividade está cada vez mais acirrada.

A liderança não pode ser entendida como uma qualidade que caracteriza alguém e que pode ser controlada. Qualquer pessoa pode aprender a ser líder, embora algumas pessoas tenham mais facilidade para liderar do que outras. A liderança envolve propósito, visão e valores, ou seja, a pessoa que lidera deve saber qual o seu objetivo, estabelece o caminho a percorrer e se baseia nos seus valores e crenças para ser bem sucedido. Portanto, a liderança do enfermeiro não pode ser vista como um cargo, mas sim como a uma maneira de agir e pensar que influencia os membros de sua equipe em busca dos resultados pré-estabelecidos.

O enfermeiro⁷⁶, como qualquer pessoa comum, tem o seu potencial de liderança que carece ser desenvolvido por meio de reforço de atitudes e habilidades em criar novos líderes, sendo necessário ter um comprometimento extraordinário, “criando a partir do futuro e não do passado”⁷⁷, enfim, usar de forma inteligente as competências básicas da liderança emocionalmente inteligente. Além disso, sendo a liderança uma responsabilidade compartilhada, todos os membros da equipe podem exercê-la de acordo com a situação.

O ambiente de trabalho do enfermeiro atualmente exige que seja uma pessoa participativa, ativa e focada no seu próprio desenvolvimento e no de sua equipe, sendo sua função básica imprimir nos seus liderados um sentimento positivo. “Em sua essência a missão básica da liderança é de cunho emocional”⁷⁸.

76 BOWER, FAY L. **Nurses Taking the Lead**. W. B. Saunders Company. USA. 2000, (tradução da autora), p. 1.

77 NEVES, C. Conversas, o segredo da liderança. **Rev. T&D**, ano IX, 99ed., mar./01, p. 6.

78 GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE. **O poder da inteligência emocional; a experiência de liderar com sensibilidade e eficácia**. Rio de Janeiro: Campus, 2002, p. xii.

O enfermeiro que saiba usar a inteligência emocional relacionada a emoções poderá ter mais facilidade em criar um ambiente propício às interações e ao acolhimento humanizado. Embora a principal preocupação do enfermeiro seja com a assistência prestada, também faz parte de sua função buscar proporcionar condições que tornem o ambiente do cliente seguro e tranquilo, para favorecer a sua recuperação ou até uma morte com dignidade.

3 HOSPITALIDADE = HUMANIZAÇÃO?

“A humanização se realiza e acontece nas relações interpessoais”⁷⁹, significando que não bastam a competência dos profissionais e a tecnologia, sendo necessário que a interação profissional/cliente, ou seja, a atitude do profissional leve o cliente a perceber que está sendo bem-acolhido. O cliente pode se sentir confortável ou desconfortável, ter uma sensação de bem-estar ou mal-estar, de aconchego ou de frieza, porque o “ambiente físico nunca é neutro — ele emite, o tempo todo, mensagens para o paciente, que podem ser de interesse ou desinteresse, cuidado ou descuido”⁸⁰, não sendo hospitaleiro em si mesmo.

O acolhimento “é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique a relação profissional de saúde e cliente; acolher é mobilizar afetos”⁸¹. Nessas condições, o acolhimento torna-se um desafio, visto que vai ocorrer entre pessoas que não se conhecem.

O acolhimento no hospital não se realiza em um ambiente doméstico, mas o que se busca é que o cliente perceba que está sendo recebido de forma hospitaleira pelos profissionais daquela organização.

Esse acolhimento humanizado requer que todos os profissionais estejam comprometidos com essa idéia e desenvolvam sua sensibilidade para conhecer a realidade do cliente, tentando encontrar junto com ele estratégias que facilitem a aceitação e compreensão da doença e do ambiente hospitalar. Sabe-se que há considerável alívio e melhoria das condições do trabalho assistencial quando o profissional consegue conhecer os motivos do comportamento do cliente e seus efeitos no seu estado de saúde, como angústia, raiva ou impotência. Muitas queixas podem ser minimizadas ou resolvidas quando o cliente percebe que lhe dão atenção e que é compreendido e respeitado pelo profissional de saúde. A falta de acolhimento ou cuidado humanizado pode levar à não adesão ao tratamento.

79 MEZZOMO, A. et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003, p. 26.

80 FELDMAN, 2001, p. 74 *apud* MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003, p. 74.

81 SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 65.

A atividade assistencial precisa considerar que é dirigida a seres humanos e feita por seres humanos. Por isso é fundamental que os profissionais sejam reconhecidos pela organização de saúde como o fator mais importante na consecução do cuidado humanizado. Somente profissionais cuja capacitação seja permanente, que trabalhem satisfeitos e que tenham condições adequadas de trabalho poderão acolher os clientes de forma humanizada⁸². A atividade que exercem pode ser considerada um produto — o cuidar, que é tangível, quando envolve procedimentos técnicos ou um serviço, e que é intangível ao envolver relacionamentos, ou seja, interação cliente/profissional. Essa interação entre os profissionais e o cliente é que garantirá ou não a sua segurança, o conforto fisiológico e psíquico⁸³.

A humanização da assistência no espaço hospitalar precisa ter na sua missão a função de “revelar os valores que constituem o ser humano, como pessoa, de uma forma abrangente e completa”⁸⁴.

A enfermagem tem como foco o cuidado do cliente, buscando atender suas necessidades e desejos, numa prática que deve ser individualizada. Desse modo, a enfermagem exerce a sua missão, ou seja, a sua razão de ser profissional e a razão de ser do hospital como instituição que presta serviços à sociedade. É importante que esse cuidado seja consentido pelo cliente e também pelo profissional de enfermagem⁸⁵.

Por outro lado, a missão da hotelaria hospitalar é proporcionar bem-estar, conforto e segurança ao cliente, atendendo suas expectativas, necessidades e desejos, o que pode significar, na maioria das vezes, uma quebra de antigos paradigmas. A implantação do serviço de hotelaria no hospital envolve a transformação da cultura do hospital, ou seja, das suas “normas informais de conduta”⁸⁶, o que compreende os valores, crenças, hábitos e símbolos, que podem ser traduzidos, por exemplo, como sendo o hospital um local, branco, triste, limpo e com comida ruim, onde os profissionais não devem se envolver emocionalmente com os clientes, evitando assim o desgaste pessoal e emocional.

82 MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 10.

83 GRINOVER, L. Hospitalidade, um tema a ser reestudado e pesquisado. In: DIAS, C. M. (Org). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002, p. 25-37.

84 MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003, p.33

85 FIGUEIREDO, N. M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 27 .

86 MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2000. p. 106.

A hotelaria deve trazer cor, iluminação, tranqüilidade, refeições saborosas e saudáveis e vários serviços de hotel, que proporcionem ao cliente uma recuperação “menos desgastante e traumatizante”⁸⁷.

A enfermagem e o serviço de hospedagem estão presentes 24 horas no hospital, interagindo com o paciente e sua família continuamente, cada um deles focando um aspecto do acolhimento. A enfermagem cuida das necessidades de saúde, buscando proporcionar um ambiente terapêutico e humanizado, que contribua para minimizar a frieza e agressividade próprias dessa instituição de saúde.

Já a hotelaria se preocupa com o bem-estar e em proporcionar um ambiente alegre, agradável, seguro, que leve o cliente a se sentir em casa, resgatando a sua dignidade⁸⁸. Contudo, ambos os serviços precisam também atender aos desejos do cliente e, portanto, ambos apresentam alguns objetivos em comum, em ser hospitaleiros.

As necessidades são voltadas para garantir a sobrevivência biológica do cliente e os desejos “são impulsos que estimulam o indivíduo para a vida, para superar problemas e adquirir coisas”⁸⁹ e por isso devem ser satisfeitos, pois ninguém mais que o cliente hospitalizado precisa receber estímulos positivos que facilitem a sua recuperação.

Assim sendo, a interação entre esses dois serviços pode contribuir para humanizar a assistência prestada ao cliente e, na ausência de sua recuperação, proporcionar condições para uma morte digna. Para que isto ocorra, é necessário uma interação entre enfermagem e o serviço de hotelaria hospitalar, cada um buscando proporcionar um atendimento hospitaleiro e humano na assistência prestada. No caso da enfermagem, trata-se de proporcionar o cuidado direto ao cliente, ajudando na sua recuperação ou contribuindo para o processo de morrer de maneira digna, e no caso da hotelaria, proporcionar condições de segurança e conforto ou apoiando e orientando a família nas providências cabíveis na situação de morte. Ambos os serviços se completam e exercem a hospitalidade, ou seja, prestam um cuidado humanizado.

87 GODOI, F. A. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2004, 2003. p. 42.

88 Idem, p. 43.

89 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003. p. 116.

A comunicação entre o cliente e os profissionais de enfermagem e hotelaria hospitalar é fator primordial na humanização da assistência prestada, resultando daí a maneira como o relacionamento vai transcorrer. Cada cliente é um indivíduo diferente e singular e assim o é também o profissional que o acolhe e, ao se comunicarem, podem ou não estabelecer um relacionamento humanizado. Portanto, a comunicação estabelece o modo de relação entre as pessoas, o que envolve o verbal, ou seja, o que se fala, e o não-verbal. Este último aspecto, nem sempre considerado, é crucial na comunicação, pois o corpo “fala” e pode ou não confirmar o que está sendo dito verbalmente. Entretanto, a questão da comunicação não é objeto de aprofundamento desta pesquisa.

Tamanha a importância da comunicação na humanização da assistência que o Ministério da Saúde, em 2000, publicou o *Manual de Humanização*⁹⁰ e conceituou o ato de “humanizar” da seguinte maneira:

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

Assim sendo, a humanização envolve a busca de compreensão entre o cliente e o profissional que procura ouvi-lo e entender as suas necessidades e, nessa interação, há um “modo privilegiado de encontro interpessoal marcado pela atitude de acolhimento em relação ao outro”⁹¹, que é um dos interessantes pontos de vista sobre hospitalidade, considerando-a como um dos “traços da subjetividade humana”⁹² quando representa a disponibilidade em acolher de forma consciente a realidade percebida. Essa abertura para a realidade feita de maneira consciente representa uma forma de acolhimento dessa mesma realidade, podendo significar que acolher, humanizar e ser hospitaleiro ao assistir a um cliente hospitalizado sejam sinônimos.

90 BRASIL. **Manual de humanização**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000, p. 3.

91 BAPTISTA, I. Lugares de hospitalidade. In: GRINOVER, L. Hospitalidade, um tema a ser reestudado e pesquisado. In: DIAS, C. M. (Org). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002, p. 157-164.

92 Idem, p. 158.

A hospitalidade é um fenômeno social envolvendo os relacionamentos entre as pessoas; a humanização envolve esses mesmos relacionamentos, buscando de maneira mais explícita as diversas formas de comunicação nesses relacionamentos. Na área de saúde, reveste-se de fundamental importância porque o indivíduo que se hospitaliza fica fora de seu contexto sociocultural⁹³, sendo importante que o ambiente hospitalar propicie condições para a sua agregação. Além disso, como todo ser humano, tem as suas necessidades humanas básicas a serem atendidas, sendo a maioria delas ligadas à sua sobrevivência⁹⁴. Também os desejos sentidos pelo indivíduo, que são os “impulsos que lhe estimulam para a vida, para superar os problemas”⁹⁵ precisam ser considerados, o que só ocorre se houver acolhimento e comunicação entre ele e os profissionais que o atendem.

A hospitalidade pode, nesse contexto, ser considerada como a maneira de acolher o cliente, significando um cuidado humanizado para fazê-lo sentir-se bem-vindo, confortável, seguro e tendo suas necessidades e, sempre que possível, os seus desejos, satisfeitos. Esta definição de hospitalidade orientou a “pesquisa na busca de respostas às questões que dizem respeito ao conceito definido”⁹⁶.

Portanto, pode-se inferir que humanização e hospitalidade são considerados sinônimos no ambiente da saúde.

3.1 O acolhimento e o ambiente do cliente no hospital

“O hospital é um dos mundos do trabalho da área da saúde”⁹⁷. É nesse espaço que a enfermagem presta assistência ao cliente, ao lado de todos os outros profissionais da saúde, ficando assim estabelecido o ambiente do cuidado. É também nesse ambiente que o cliente e sua família permanecem, enquanto buscam solução para o seu problema de saúde.

93 MOREIRA; NASCIMENTO; FIGUEIREDO. A morte como interesse individual e de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 489-499.

94 FIGUEIREDO, N. et al. O ambiente do cliente: atendendo necessidades e desejos. In: FIGUEIREDO, N. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 107-126.

95 Idem, *ibidem*.

96 DENCKER, A.; DE VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. 2ed. São Paulo: Futura, 2001. p. 76.

97 FIGUEIREDO et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 5.

Pode-se definir *ambiente do cuidado* como o local onde ocorrem as trocas entre enfermagem, cliente e demais integrantes da equipe de saúde e onde se cria um sistema de relações, tanto internas, como externas, ou seja, com os clientes/pacientes (clientes externos), colaboradores (clientes internos), fornecedores e visitantes⁹⁸.

A enfermagem deve transformar esse ambiente, dentro do espaço hospitalar, em um ambiente terapêutico, que facilite a recuperação do cliente. Por isso, não pode ser limitado como antigamente, pois o cliente vive no mundo que é um grande sistema aberto, onde faz trocas e relaciona-se com os outros.

Para criar esse ambiente agradável, que mais se assemelhe à casa do cliente, torna-se necessário investigar os seus hábitos e estilos. Além disso, é função do enfermeiro fazer o diagnóstico das necessidades e desejos do cliente, de modo a ultrapassar as dimensões biológicas e fazê-lo sentir-se acolhido, pois seu habitat natural — sua casa, seu ambiente de trabalho, são abandonados quando é admitido no hospital. É cada vez mais importante que o cliente seja tratado como um hóspede e o hospital moderno deve funcionar como um hotel, onde toda a sua estrutura é colocada à disposição do cliente. Enfim, o ambiente do cliente no hospital precisa ter uma identidade que se relacione com ele. O hospital não pode ser mais como antigamente — hostil, branco, silencioso — e lembrando todo o tempo que é lugar de sofrimento. O cliente da atualidade não é mais “paciente” e acaba inclusive exigindo que o hospital seja um lugar onde se sinta confortável, seguro e bem vindo, mesmo que não esteja ali por sua vontade.

A enfermagem se preocupa com o bem-estar, conforto e segurança do cliente e ao escutá-lo de forma sensível, “solidária, aconchegante, cuidadora e confortável”⁹⁹, demonstra a responsabilidade e preocupação em acolhê-lo.

O acolhimento “é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique na relação profissional de saúde e cliente. Acolher é mobilizar afetos”¹⁰⁰. Essa mobilização de afetos envolve um desafio, porque se dá entre pessoas singulares — profissional e cliente, ambos diferentes como indivíduos, mas iguais como seres humanos.

98 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 111.

99 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 6.

100 SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: FIGUEIREDO et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 65.

É uma necessidade social básica de toda pessoa “estar com” outra, pois ninguém vive só. Qualquer ser humano, e o cliente de saúde em particular, necessita sentir-se acolhido, reconhecido, amparado, ouvido, sentido, solidarizado; isto é uma exigência gregária e de comunicação do ser humano, o que reforça o que já foi dito anteriormente, ou seja, que a comunicação é fundamental no acolhimento.

O ponto de partida no acolhimento fora do ambiente de trabalho é uma relação afetiva e no ambiente de trabalho de enfermagem “acolhe-se ou não”, cuida-se ou não de quem não se conhece, mas o “princípio de solidariedade e da mobilização de afetos” está presente¹⁰¹.

O acolhimento perpassa pelas diferenças de singularidades entre as pessoas que são acolhidas e as que as acolhem e envolve “laços sociais e institucionais”¹⁰². Os afetos se constroem a partir das necessidades entre os sujeitos e decorrem, na maior parte das vezes, da maneira de cuidar.

A preocupação da enfermagem com o ambiente começou com Florence Nightingale, que acreditava que o ambiente que restaura a saúde é o que oferece melhor condição para que a natureza exerça sua cura, auxiliada pelo profissional de enfermagem. Embora não tivesse escrito sobre a importância de acolher e interagir com o cliente, no seu livro *Notas sobre Enfermagem* ela é incisiva ao afirmar “que propiciar o arejamento do ambiente, o aquecimento e a limpeza”¹⁰³ são cuidados indispensáveis para facilitar a cura.

O papel do enfermeiro no espaço saúde/doença pode ser mais ou menos terapêutico e isto dependerá do seu sentimento de responsabilidade em relação ao processo de cuidar. Nesse processo, o ser humano deve ser considerado em todas as suas dimensões, ou seja, a atitude do cuidado tem abrangência material, pessoal, social, ecológica e espiritual¹⁰⁴ e o cliente assim considerado não é visto como um número ou uma doença, como muitas vezes ainda ocorre.

O cliente que está hospitalizado busca satisfazer desejos e aspirações que nem pensava quando na sua rotina diária. O medo da dor, dos procedimentos que decorrem do uso da tecnologia, a incerteza sobre o seu estado, tudo leva o cliente a requerer um ambiente acolhedor e humanizado. Nessa situação, o que vai fazer a diferença são os profissionais de enfermagem, os tradicionais responsáveis

101 Idem, p. 66.

102 Ibidem, p. 66.

103 NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 15.

104 BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 34.

pelo acolhimento do cliente. Pelo fato de permanecer no hospital as 24 horas do dia e ter uma interação muito próxima e freqüente, esses profissionais são os que mais fortemente precisam demonstrar a sua satisfação, não com a doença, mas com a presença do cliente que requer cuidados.

A humanização do cuidado “se realiza e acontece nas relações interpessoais”¹⁰⁵ e envolvem três níveis de atitudes, cujo primeiro tem que ver com simpatia, bem-querer e o amor. O segundo nível diz respeito à apatia e indiferença e o terceiro, à antipatia e rejeição. Pode-se inferir que o acolhimento como forma de receber bem o cliente só ocorre quando é feito de maneira humanizada. O cliente, ao perceber a qualidade humana que perpassa seu cuidado, sente-se bem e esse sentimento auxilia no seu restabelecimento. O mesmo autor ainda comenta que “humanizar é assegurar e garantir o respeito à ética nas relações interpessoais”¹⁰⁶. O profissional de saúde não se preocupa em apenas não prejudicar o seu cliente; é mandatório que agrade ao seu cliente, correspondendo às suas expectativas, o que vai além de atender às suas necessidades.

Considerando toda essa preocupação do enfermeiro e sua equipe com o cuidado de seu cliente e reconhecendo a importância exercida pelo ambiente na recuperação do cliente, os hospitais foram alvo de mais exigências desse mesmo cliente e também das fontes pagadoras, ou seja, os chamados convênios de saúde, representados por seguradoras e empresas especializadas em medicina de grupo. Por isso, partiram em busca de um diferencial competitivo e passaram a dar mais atenção à estrutura física do hospital, considerando-o como um meio de hospedagem, pois o cliente do hospital não deixa de ser um hóspede, embora muito específico, pois vem em busca de solução para o seu problema de saúde, permanecendo fora do seu domicílio, como qualquer hóspede de hotel.

Esse novo conceito envolve uma mudança de paradigma nos hospitais, especialmente no que diz respeito à sua cultura organizacional, pois, embora o foco seja o cliente externo, é preciso também considerar os clientes internos, ou seja, os profissionais, como os responsáveis pelo atendimento hospitalareiro.

Sabe-se que somente pessoas satisfeitas com o que fazem é que conseguem acolher o cliente de forma humanizada e hospitaleira. Esta situação só

105 MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional.** São Paulo: Mezzomo, 2003, p. 26.

106 Idem, p. 39.

será possível se houver um processo contínuo e persistente de educação, para “facilitar a aquisição de novos conhecimentos e conceitos”¹⁰⁷.

O hospital, em busca desse novo conceito, encontra no hotel um modelo semelhante de hospedagem, embora com objetivos diferentes, e estabelece na sua estrutura organizacional a hotelaria hospitalar.

3.2 A Hotelaria hospitalar e hospitalidade

A missão do hospital difere da missão do hotel convencional¹⁰⁸, pois os clientes que buscam estes locais de hospedagem têm objetivos completamente diferentes. Os que buscam o hospital não o fazem por vontade própria, mas por questões de saúde, enquanto aqueles que procuram um hotel, o fazem por motivações diversas, tais como viagens de negócio, turismo, lazer e outros. Por sua vez, o produto que o cliente do hospital procura é a assistência à sua saúde, que deve ser fornecida por profissionais específicos da área, tanto em hospitais públicos, particulares ou filantrópicos.

O hospital procura oferecer ao cliente uma excelência científica associada à tecnologia de ponta. Nesse aspecto, os valores são conhecimento científico e eficiência técnica, o que torna o alvo do profissional de saúde focado na doença e na cura e não na pessoa¹⁰⁹. Ao mesmo tempo, o hospital da atualidade precisa funcionar como uma empresa para se manter no mercado. Mesmo quando é público ou filantrópico, para oferecer ao cliente um atendimento digno, o hospital precisa ter recursos financeiros que possibilitem a presença de profissionais competentes e comprometidos, ao lado de uma tecnologia de ponta.

O hospital pode ser considerado um dos mais complexos empreendimentos humanos, onde atividades industriais misturam-se à ciência e tecnologia, o que exige a participação de profissionais das mais diversas áreas, abrangendo um sem-número de especializações para atender os seus clientes. Talvez por suas origens, o foco de muitos hospitais ainda é a doença e não a saúde

107 MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar**. Uma visão multiprofissional. Local: Editora, 2003. p. 25.

108 GODOI, A. F. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2004, p. 42.

109 PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004, 6.

do cliente. Essa mudança de foco requer uma quebra de paradigmas sedimentados por muito tempo, conseqüência de antigas políticas de saúde do País. Isto significa uma mudança na cultura da organização hospitalar, que, por ser formada a partir de políticas organizacionais, valores, crenças e normas de conduta, requerem tempo para ocorrer¹¹⁰.

A implantação de uma filosofia hoteleira pode ser um grande diferencial competitivo para os hospitais privados. Quanto ao hospital público, embora não seja alvo desta pesquisa, acredita-se que a implantação de uma filosofia de hotelaria em seus serviços de saúde contribuiria para humanizar o ambiente e o atendimento do cliente do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080/90. Essa Lei preconiza um atendimento à saúde universalizado, igualitário e equânime para todos os cidadãos brasileiros¹¹¹. Na prática, ainda há muito a ser feito para o seu cumprimento.

O atendimento pelo serviço público, não sendo pago diretamente pelo usuário, poderia ser visto como uma “dádiva”, mas, na realidade, a intervenção do Estado propicia uma desconstrução social dessa “dádiva” por terminar se inserindo uma equivalência monetária¹¹² e, assim, não serve para estimular o altruísmo de quem faz o atendimento nesses serviços.

A forma de implantação da hotelaria hospitalar varia de acordo com a filosofia, missão e objetivos do hospital e da clientela a que se propõe atender.

A hotelaria hospitalar pode ser considerada como toda a estrutura do hospital voltada para proporcionar conforto, segurança e bem-estar ao cliente, tanto interno como o externo, por meio da contínua busca da transformação do ambiente para torná-lo mais acolhedor.

O hospital hospeda dois tipos de clientes, ou seja, aquele que vai em busca de assistência à saúde e os seus familiares e amigos, que o acompanham ou o visitam durante a sua permanência. O cliente/paciente requer uma atenção específica da equipe multiprofissional, ou seja, de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem que proporcionam assistência direta, mas necessita também de vários outros profissionais de saúde, tais como fisioterapeutas, nutricionistas etc. Essa assistência à saúde não é apenas voltada para os cuidados

110 MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2002, p.107.

111 APM SUS. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 45.

112 GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 74.

específicos, mas envolve uma interação profissional/paciente que proporciona um cuidado individualizado e humanizado. Esta relação cliente/profissional requer ser percebida pelo cliente como hospitaleira, isto é, como um processo que facilite a sua agregação à comunidade hospitalar, que considere seus valores, crenças, expectativas e desejos¹¹³ e não somente as suas necessidades específicas de saúde.

Essa hospitalidade percebida pelo cliente/paciente também se estende ao seu acompanhante, familiares e amigos que o visitam, pois, na realidade, pelas condições de saúde do cliente internado, são os familiares que mais observam as condições de atendimento. Os leigos no aspecto técnico-científico da assistência avaliam continuamente o aspecto relacional dessa assistência e a qualidade do ambiente onde as interações ocorrem. Portanto, o domínio da hospitalidade tendo como “função básica o estabelecimento de relações”¹¹⁴ entre as pessoas, torna-se fundamental no ambiente hospitalar.

A hospitalidade compreende atividades que envolvem o fornecimento de comida, bebida e hospedagem sendo “associada a um conjunto de comportamentos cuja origem constitui um dos fundamentos da sociedade”¹¹⁵. São considerados três tipos de hospitalidade — a privada, a social e a comercial, sendo esta última a que ocorre no hospital, pois o cliente paga pela sua hospedagem e tratamento (inclusive em hospitais públicos, por meio de impostos) e o hospital está em busca de resultados financeiros (ou da sua subsistência, no caso dos hospitais públicos).

A hospitalidade no hospital é um fator que pode contribuir para a satisfação de uma das necessidades humanas, a de socialização ou participação, segundo a teoria de Maslow¹¹⁶, pois o ser humano é um ser social por excelência. O cliente hospitalizado está em situação de grande vulnerabilidade, precisando, mais do que nunca, de acolhimento e compreensão não só dos seus familiares, mas também de toda a equipe que lhe assiste, daí a importância do ambiente e de relacionamentos que contribuam para a sua satisfação.

113 WADA, E. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, A.; BUENO (Orgs.). **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003. p. 62.

114 SELWYN, T. An anthropology of hospitality. In: LASHLEY; MORRISON. **In search of hospitality – theoretical perspectives and debates**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000, p. 19. (Trecho traduzido pela Autora da pesquisa.)

115 LASHLEY; MORRISON. **In search of hospitality – theoretical perspectives and debates**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000. p. 4. (Trecho traduzido pela Autora da pesquisa.)

116 MAXIMIANO. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 350.

A forma de acolher o outro depende da maneira como se encara e se vive a vida, de acordo com a maneira como cada um convive com suas famílias, colegas de trabalho e amigos ¹¹⁷. A forma de ser de cada um direciona o modo de acolher as pessoas em geral e o cliente de saúde em particular. É indispensável que o profissional que acolhe esteja bem consigo mesmo, pois ele leva para o trabalho suas frustrações, medos, valores, desejos, necessidades, alegria, tristeza, enfim, todos os seus sentimentos e emoções estão envolvidos.

A motivação dos profissionais de saúde que prestam assistência ao cliente influenciará a maneira de acolher esse cliente. Quando o profissional trabalha insatisfeito, desmotivado, não tem o seu desempenho reconhecido, não se pode esperar que preste um atendimento hospitalareiro. Por isto, o hospital que se preocupa com a hotelaria também deveria considerar o cliente interno, ou seja, o profissional que aí trabalha, para que ele tenha boas condições para desenvolver as funções e também de qualidade de vida nesse ambiente.

Tradicionalmente, é a Enfermagem que acolhe o cliente que procura o hospital, mas o seu foco é o cuidado e a qualidade da assistência prestada. Compete ao enfermeiro gerenciar a assistência, prover infra-estrutura de recursos (humanos e materiais) que proporcione condições adequadas ao cuidar, considerando também o ambiente, que precisa ser livre de riscos e o menos estressante possível para o cliente e para a equipe de saúde. Essa preocupação da enfermagem com o ambiente não é suficiente para torná-lo acolhedor, agradável, mais parecido com um hotel e que permita ao cliente “sentir-se em casa”. Este é o foco da hotelaria hospitalar. Vale ressaltar que a somatória da qualidade da assistência direta ao cliente, prestada pela equipe de saúde (médicos e enfermagem, principalmente) e pelos profissionais que dão apoio a esta equipe (a hotelaria é uma importante área de apoio) é que proporcionarão um ambiente mais ou menos hospitalareiro.

A hotelaria hospitalar tem como foco o bem-estar do cliente, buscando continuamente a excelência no acolhimento, sem perder de vista a especificidade de sua clientela. Por ser um serviço recente no Brasil¹¹⁸ ainda não é um serviço bem-estruturado e requer um amplo estudo para relacionar os seus resultados ao objetivo

117 SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: FIGUEIREDO et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 65-70.

118 BOEGER, M. **Gestão de hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003, p. 14.

principal do hospital — cliente bem-atendido em suas necessidades e expectativas. Por outro lado, a idéia de hospitalidade no hospital ainda não é uma preocupação comum a todas as organizações hospitalares, sendo necessário aprofundar os conhecimentos nesta área.

Grandes hospitais já criaram o serviço de hotelaria hospitalar, que são gerenciados por profissionais diversos, tais como administradores, administradores hospitalares, enfermeiros ou profissionais de hotelaria.

Qualquer que seja o profissional encarregado pelo seu gerenciamento, a interação e parceria com a enfermagem é fundamental, pois os seus objetivos são muito semelhantes. Além disto, ambos os serviços estão presentes 24 horas no hospital e a eles compete prover, respectivamente, cuidado humanizado e com base científica e a hospitalidade.

A estrutura organizacional da hotelaria hospitalar variará de acordo com o tamanho, a filosofia e a clientela do hospital. A missão, valores e visão do hospital precisam ser considerados, como também a sua cultura, pois a implantação da filosofia hoteleira pode possibilitar uma grande mudança de paradigmas.

4 HOSPITAL: CONVÍVIO DE CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS

O hospital é uma organização social, o que significa uma combinação de recursos que procura deliberadamente realizar algum tipo de objetivo¹¹⁹. É constituído por um grupo de pessoas que se inter-relacionam e interagem de maneira cooperativa, atuando de forma interativa com o ambiente que o cerca, sendo, portanto, um sistema aberto¹²⁰.

Como um hospital é uma organização social o hospital é um todo complexo e organizado de maneira lógica, sendo constituído por vários elementos, que são os recursos, a divisão do trabalho e os processos de transformação que interagem para realizar os seus objetivos.

Assim sendo, o hospital serve à sociedade, preserva conhecimento, influencia o ambiente, criando valor e proporcionando carreiras extremamente diversificadas, promovendo uma sinergia indispensável ao cumprimento de suas funções, ou seja, promover e recuperar a saúde, prevenir a doença, reabilitar o cliente, realizar pesquisas e educar a comunidade. Para que realize as suas funções, o hospital estabelece sua estrutura organizacional, ou seja, seu processo de organização, criando uma estrutura formal, dinâmica e estável, definindo o trabalho das pessoas, as linhas de autoridade, responsabilidade, comprometimento e comunicação¹²¹. Essa estrutura é definida como tarefas que são divididas, agrupadas e coordenadas¹²², sendo compreendida como um conjunto de funções, cargos, relações e responsabilidade e varia de acordo com a visão, missão e valores da organização hospitalar¹²³.

Entende-se como visão da organização hospitalar aquilo que quer alcançar a longo prazo, e serve para direcionar as suas estratégias. Missão é a razão de ser do hospital e valores são os princípios básicos, que devem ser levados em conta por todas as pessoas que aí trabalham¹²⁴.

119 MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2000, p. 91.

120 MORAES, A. M. P. de. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001, p. 37.

121 TRIVIÑO, H. G. Organización estructural y funcional. In: LONDOÑO, MORERA; LAVERDE. **Administración hospitalaria**. 2 ed. Uruguay: Libermed Verlag S. A., 2000, p. 69.

122 ROBBINS, S. P. **Organizational behavior**. N. Jersey:Prentice Hall, 2001, p. 413.

123 MARRAS, J. P. **Administração de Recursos humanos**. São Paulo: Futura, 2000, p. 41.

124 TAJRA; SANTOS. **Tecnologias organizacionais em saúde**. São Paulo: Iátria, 2003, p. 36-7.

Os hospitais podem ser organizações públicas, financiadas pelo Estado, filantrópicas (sem fins lucrativos) ou privadas, com fins lucrativos, ou seja, são empresas de saúde.

O hospital escolhido para essa pesquisa é privado e sua estrutura organizacional permite facilidade de comunicação entre os diversos subsistemas, porque tende mais para ser achatada do que piramidal, permitindo maior flexibilidade, significando que não há um número muito grande de cargos na linha vertical e com essa predominância na linha horizontal. O mais alto cargo é o do Diretor Executivo e a ele se reportam o Diretor Clínico, a Gerente de Enfermagem e a Gerente Administrativa. O setor de hotelaria hospitalar reporta-se à gerência administrativa e seu chefe tem o cargo de supervisor. Segundo o supervisor da hotelaria, existe “uma parceria formatada com a enfermagem, que é a referência do cliente no hospital”, demonstrando que não há uma estrutura organizacional rígida, ao contrário, há facilidade de acesso entre os diversos subsistemas, em especial com a enfermagem¹²⁵.

Toda organização é um sistema constituído por grupos formais e informais. O aspecto formal do hospital envolve uma divisão racional do trabalho, é planejado e composto por cargos, funções, relações hierárquicas e possui normas e regulamentos. O informal envolve sentimentos, interesses e motivações, manifesta-se por meio de colaboração espontânea, a partir de relações pessoais e formação de grupos informais. Também possui normas sociais, que são respeitadas, embora não constem por escrito¹²⁶. São essas normas de conduta que constituem os elementos mais importantes da cultura organizacional, compreendida como “um conjunto de crenças, valores e normas partilhados pelos colaboradores de uma organização e que afetam seus comportamentos e atitudes”¹²⁷, sendo essencial para o sucesso da organização. A cultura significa o modo como as coisas funcionam, sendo uma energia que movimenta a organização, demarca territórios, regula comportamentos, estabelece formas de conduta, formando um sistema que exprime a identidade da empresa, por meio de seus valores, crenças, símbolos e ritos¹²⁸.

Quando o hospital deseja fazer uma mudança em qualquer âmbito de sua estrutura, a cultura organizacional interferirá, contribuindo para facilitar ou dificultar o

125 Dados obtidos em entrevistas gravadas em 01/04/2005, 04/04/05 e 11/04/05, no Hospital “X”.

126 MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Atlas, 2000, p. 251-2.

127 MELLO, A. L. **A diferença entre cultura e clima**. São Paulo: Jornal Carreira e Sucesso, 140a. edição, 2001, p 2.

128 ROSSO, F. **Gestão ou indigestão de pessoas?**. São Paulo: Loyola, 2003, p.52.

processo. Por isso, para implantar um serviço de hotelaria hospitalar, visando oferecer melhores condições de hospitalidade ao cliente, torna-se necessário levar em consideração os chamados sintomas culturais, tais como o perfil dos dirigentes e o dos colaboradores, os símbolos e ritos, as estratégias de gestão, a filosofia global da empresa e também a comunicação¹²⁹.

O perfil dos dirigentes é caracterizado por seus valores pessoais e seu carisma e o dos colaboradores, pelo seu meio social e profissional, incluindo o nível de formação pedagógica. Esse último aspecto torna-se importante nos hospitais, porque muitos deles ainda não estão devidamente profissionalizados na área de gestão, sendo os seus dirigentes, na maioria, médicos e sem conhecimento formal de administração.

Os três entrevistados nesta pesquisa comentaram a facilidade de acesso ao Diretor Clínico e como é sua participação na rotina do hospital, pois diariamente ele está presente nas diversas unidades operacionais, possibilitando facilidade de diálogo. Portanto, a cultura do hospital estudado propicia um relacionamento fácil com os seus dirigentes.

Segundo o supervisor do serviço de hotelaria hospitalar

A presença rotineira desse profissional é fundamental na hospitalidade porque facilmente são resolvidos os problemas que ocorrem por questões de relacionamento entre médicos, profissionais da equipe multiprofissional e familiares do paciente.

Percebeu-se, durante a entrevista, que a presença do Diretor Clínico na rotina do hospital é um ritual importante e facilitador na resolução de problemas dos clientes, pois o atendimento imediato do médico ao chamado do cliente por intermédio da enfermagem transmite segurança e humanização no atendimento.

Os ritos são atividades planejadas e visíveis, com a finalidade de perpetuar no dia-a-dia os valores da organização, tornando a cultura organizacional presente de forma mais concreta, reforçando o senso de identidade e os laços entre os profissionais. Já os símbolos compreendem palavras, objetos e atitudes carregados de significados para as pessoas da organização¹³⁰.

A complexidade do hospital propicia a presença de profissionais com vários níveis de formação, trabalhando no mesmo ambiente e lidando com o que

129 MELLO, A. L. A diferença entre cultura e clima. São Paulo: **Jornal Carreira e Sucesso**, 140ed., 2001, p. 1.

130 MORAES, A. M. P. de. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001, p. 54.

existe de mais importante para o ser humano que é a vida. Esta situação produz também uma enorme diversidade de percepções e sentimentos em relação à realidade da organização formal que constituem o clima da organização.

Pode-se entender o clima organizacional como “um conjunto de comportamentos e atitudes que os colaboradores evidenciam nos seus contatos profissionais”¹³¹. Todos os componentes da organização formal afetam os sentimentos, cujo produto é o clima organizacional e que se torna uma medida da maneira como as pessoas se sentem em relação à organização hospitalar. Esses sentimentos que as pessoas compartilham a respeito da organização afetam de forma positiva ou negativa a satisfação com o trabalho e a maneira como é realizado. O supervisor de hotelaria do Hospital “X” declarou: “Aqui todos os funcionários são bem-acolhidos, pois como poderiam acolher bem os clientes se não se sentissem bem?”.

Nesse contexto, a comunicação adquire uma enorme importância porque envolve o processo de transferência e recepção de informações, que pode ser formal ou informal, descendente, ascendente, interna e externa. Cada uma das etapas desse processo pode ser feita por diferentes sistemas, tecnologias e veículos.

A grande variedade de profissionais existentes no hospital, cada um com sua linguagem específica, técnica e nem sempre decodificada convenientemente, pode contribuir para dificultar o alcance dos objetivos, não só da organização como um todo, mas, em especial, dos clientes que vêm em busca de solução para o seu problema de saúde. Esse cliente na maioria das vezes não está familiarizado com a linguagem técnica, tendo uma enorme dificuldade em se comunicar com os profissionais de saúde¹³². Este é um fato tão reconhecido que o próprio Ministério da Saúde, ao lançar o *Programa de Humanização dos Hospitais* (*op. cit.*), considera a comunicação como fundamental na interação cliente e profissional de saúde, sendo imprescindível na implementação do processo de humanização do atendimento.

Saber lidar com pessoas é crucial na área de saúde e a base desse trabalho é o relacionamento humano, sendo impossível pensar na ação profissional sem considerar o processo comunicativo inserido no contexto. Na área de enfermagem, um dos principais cuidados do profissional é decodificar, decifrar e

131 Idem, 2001, p.1.

132 SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Gente, 1996, p. 17.

perceber o significado das mensagens¹³³ transmitidas pelo cliente. No entanto, este cuidado não se restringe aos profissionais de enfermagem, mas, sim, aplica-se a toda a equipe multiprofissional.

Um dos profissionais entrevistados no Hospital “X” comentou o seguinte: “Aqui no hospital, o treinamento do funcionário novo visa seu acolhimento e assim ele é treinado para acolher o cliente; isso já começa desde a seleção”. Por outro lado, “damos *feedback* ao profissional que trabalha aqui sobre seu desempenho, conversamos muito com eles, pois seu comportamento depende de como ele é tratado”, cita a gerente de enfermagem, salientando que existe uma grande e fácil comunicação direta com o colaborador.

O hospital é o local onde as emoções do cliente e de seus familiares e amigos estão afloradas, pois enfrentam uma situação de grande vulnerabilidade e, por isso, compete à equipe buscar compreender para atender bem. Para ser efetiva, a comunicação precisa ser bidirecional, sendo necessário que haja resposta e validação das mensagens ocorridas¹³⁴.

A comunicação entre os profissionais e os clientes pode ser considerada um reflexo do processo de comunicação na organização hospitalar como um todo. O hospital é um sistema no qual as diversas unidades e tarefas desenvolvidas são interdependentes e para que exista uma integração entre elas torna-se necessário um eficaz sistema de comunicação da estrutura organizacional¹³⁵. É por meio da comunicação que os diversos setores da organização hospitalar articulam suas atividades para funcionar como uma equipe multiprofissional.

No hospital, a comunicação se processa como em qualquer organização, podendo ser falada ou escrita e o que difere são as tecnologias que participam da intermediação do processo. As formas de comunicação empregadas no hospital são de três categorias: comunicação pessoal, escrita e por meio de equipamento, sendo importante considerar o *feedback*, ou seja, a velocidade de resposta¹³⁶.

Nas organizações muito burocratizadas a comunicação escrita é a mais usada. Embora lenta, a comunicação pode ficar registrada. Já a comunicação informatizada é registrada e arquivada, podendo ser mais rápida e abranger um

133 Idem, p.13

134 Ibidem, p. 18.

135 MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 282.

136 Idem, p. 283.

grande número de pessoas ao mesmo tempo. A comunicação pessoal é a preferida quando a velocidade da decisão a ser tomada é um importante critério.

Nas estruturas organizacionais observam-se três tipos de comunicação¹³⁷: *para cima*, direcionada para a pessoa a quem se reporta o remetente da comunicação; *para baixo*, ou seja, do chefe para o subordinado, e *para os lados* (ou *lateral*), significando a comunicação entre os mesmos níveis da organização.

A comunicação para baixo tem caráter mais diretivo, sendo na maioria das vezes, ordens, informações sobre políticas e programas, modificações nos métodos de trabalho. Embora esse tipo de comunicação ocorra mais em hospitais burocratizados, autoritários ou mal gerenciados, também pode ocorrer em hospital com modelo de gestão participativa, com o objetivo de informar os colaboradores sobre o desempenho do hospital, nível de satisfação dos clientes ou até pedindo sugestões.

A comunicação para cima envolve informações sobre as ocorrências nos níveis operacionais ou da média gerência e são direcionadas à alta administração da instituição.

A comunicação lateral, além de ocorrer entre os mesmos níveis hierárquicos, também pode ocorrer entre níveis diferentes, com o objetivo de permitir o funcionamento dos processos, pois no hospital o objetivo é criar as melhores condições para o cliente ser bem-atendido. No hospital pesquisado, essa comunicação ocorre com freqüência, agilizando os processos e contribuindo para melhor atender o cliente.

4.1 Hospital empresa

Muitos hospitais ainda apresentam estruturas difusas, sem direcionamento para objetivos reais, com seus fluxos, funções e processos operacionais administrativos confusos, dificultando e onerando as suas atividades. O hospital público ainda tem a agravante de uma hierarquia rígida, piramidal, cargos sem

137 Idem, p. 284-287.

funções claramente estabelecidas; já os hospitais privados ainda se ressentem de uma gestão não profissional¹³⁸.

Na atualidade, não se pode conceber o hospital fora do contexto do enfoque empresarial, em decorrência das mudanças nos campos econômicos e políticos na maioria dos países do mundo, especialmente na América Latina. Devido às dificuldades de manutenção de muitos hospitais, os seus proprietários buscaram novas formas de gestão, adotando políticas relacionadas ao livre mercado, finalizando uma luta entre o setor saúde e o econômico, que pareciam andar separados¹³⁹. O hospital passa a ser visto como uma empresa competitiva, mantendo-se no mercado concorrencial e evolutivo por vontade própria, buscando uma margem de autofinanciamento suficiente para garantir a sua independência financeira e os meios necessários à sua sobrevivência nos momentos de dificuldade¹⁴⁰.

O Hospital "X", alvo deste estudo de caso, é privado e atende a quase todos os convênios e seguradoras de saúde, mas como pertence a um dos convênios (que não será citado também para preservar sua identificação), a maioria de seus clientes origina-se desse convênio.

O hospital, como todas as organizações de saúde, está sempre em busca de disponibilização de recursos, com o objetivo de proporcionar ao cliente uma resolutividade adequada para seus problemas de saúde. O seu posicionamento numa margem financeira visa à flexibilidade de ação para garantir melhores retornos aos proprietários, colaboradores e fornecedores¹⁴¹, facilitando a percepção de sua posição no mercado financeiro.

Sem perder a sua função social, o hospital privado passou a focar o serviço, buscando continuamente fazê-lo com qualidade e mediante pagamento pelas pessoas atendidas. No seu processo de evolução, o hospital passou a focar as necessidades do consumidor, que demandam organização e qualidade de vida, não sendo mais esse serviço um privilégio ou benefício, mas um direito ao bem-estar do cliente¹⁴².

138 BORBA, V. R. **Marketing hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989, p. 12.

139 PADRÓN, A. D. El desarrollo empresarial del hospital. In: LONDOÑO, MORERA; LAVERDE. **Administración hospitalaria**. 2ed. Uruguay: Libarmed Verlag S. A., 2000, p. 60.

140 PORTER, M. **Vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 97.

141 TAJRA; SANTOS. **Tecnologias organizacionais em saúde**. São Paulo: Iátria, 2003, p.31.

142 SIQUEIRA; PIZZINATTO; SPERS. **Administração: evolução, desafios, tendências**. São Paulo: Cobra, 2001, p. 118.

Desse modo, o cliente, que antes era passivo, contribuiu com o resgate de seus direitos para provocar transformações culturais no ambiente hospitalar, sendo, talvez, a principal delas a mudança do foco da doença para o do usuário, sem, contudo, levar à perda da especificidade das funções de hospital.

O hospital, como prestador de serviços, apresenta algumas características relativas ao seu produto, ou seja, à assistência prestada, tais como: o serviço é produzido simultaneamente ao consumo, portanto não pode ser estocado e por ser intangível não pode ser avaliado antes de ser comprado. O cliente espera que tenha qualidade, mas como depende de atitudes pessoais, mesmo sendo padronizado, o que vai prevalecer é o comportamento do profissional que produz o atendimento. Como o serviço é prestado por pessoas que se relacionam com pessoas, o resultado vai depender de fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos dos envolvidos, além da maneira que a cultura e o clima da organização hospitalar influem na atitude do profissional¹⁴³. Por esse motivo, o hospital passou a ter novas preocupações, não só com a sua estrutura física e sua relação com a criação do ambiente físico, tangível, mas especialmente com o ambiente intangível, percebido pelo cliente e sua família, ou seja, o clima organizacional, levando-o a rever as suas formas de gestão.

O hospital privado, em geral administrado de forma centralizadora e por profissionais médicos, sem o conhecimento adequado de administração, tendia a ser mais controlador¹⁴⁴, sem nenhuma preocupação em desenvolver as competências nos seus profissionais, alguns vistos mais como mão-de-obra submissa e sem capacidade de tomar decisões, porém adequados à também passividade do paciente. Nessa conjuntura, os médicos, sentindo-se com poder para ditar as regras, não permitindo a interferência do paciente ou de outros profissionais da saúde, não levavam em consideração as diretrizes administrativas. Essa falta de integração entre os diversos profissionais acabou gerando uma desarmonia no ambiente de trabalho, dificultando a visão interdisciplinar, tão necessária no processo de atendimento hospitalar ao cliente.

A partir do momento em que o paciente deixou de ser passivo e tornou-se mais exigente, os profissionais que prestam atendimento tiveram de se adequar às

143 SIQUEIRA; PIZZINATTO; SPERS. **Administração: evolução, desafios, tendências**. São Paulo: Cobra, 2001, p. 120.

144 CABRERA, L. C. Q. Visões tradicionais e modernas de empresa, trabalho e pessoas. In: BOOG, G.; BOOG, M. (Coords.). **Manual de gestão de pessoas e equipes**. São Paulo: Gente, 2002, p. 49.

mudanças, levando o hospital a repensar os seus recursos humanos, embora a área da saúde ainda esteja estagnada¹⁴⁵ e um tanto resistente a mudanças em relação à sua visão dos clientes internos, ou seja, dos profissionais de várias categorias que são empregados ou prestam serviços à organização, o que reforça a importância do comentário sobre a atitude do diretor clínico do hospital pesquisado.

As pessoas é que fazem a organização funcionar, sendo os principais recursos para a realização de seus objetivos. São elas que estabelecem a cultura e com suas percepções e sentimentos criam o clima da organização.

“O hospital moderno deve ser administrado como uma empresa que busca resultados, que alcança seus objetivos preestabelecidos”¹⁴⁶, distinguindo-se pelo sucesso de todos os seus profissionais. Para que isso ocorra, é indispensável que todos trabalhem de forma interdependente, sem hegemonia de um profissional sobre o outro. Somente dessa maneira é possível harmonizar e coordenar as pessoas para que usem adequadamente os recursos financeiros, materiais e de informação, partindo de técnicas administrativas conduzidas por um modelo de liderança¹⁴⁷ que seja adequado à organização hospitalar.

Se são as pessoas que fazem a empresa funcionar, elas não podem mais ser vistas como mão-de-obra ou insumo, isto é, como recursos, dotados de habilidades e conhecimentos para simplesmente executar as tarefas. Elas necessitam ser vistas como *clientes internos*, dotadas de características próprias de personalidade, aspirações, valores, crenças e objetivos individuais cuja inteligência e conhecimentos são colocados à disposição da empresa. Significam talentos que precisam ser desenvolvidos e mantidos e que vão criar o diferencial competitivo da empresa hospitalar, sendo imprescindível o seu compromisso com os resultados. A gestão de pessoas baseia-se no fato de que o desempenho de uma organização depende da contribuição das pessoas que a compõem, sendo o fator humano um aspecto estratégico vital para a organização hospitalar¹⁴⁸. A forma como estão organizadas, são estimuladas e capacitadas e como são mantidas num ambiente de trabalho, além do clima organizacional adequado vão influenciar o alcance de resultados de maneira positiva ou negativa. E ainda, como estão estruturados e

145 SOUZA; BAÍÁ. Gestão de pessoas em administração hospitalar. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p. 28.

146 TAJRA; SANTOS. **Tecnologias organizacionais em saúde**. São Paulo: Iátria, 2003, p. 22.

147 Idem, p. 23.

148 GUIMARÃES, R. Por que RH e marketing devem continuar de mãos dadas? In: BOOG, M.; BOOG, G. (Coords.). **Tempo de convergir**. São Paulo: Gente, 2003, p. 150.

organizados os membros da força de trabalho, de modo a habilitá-los a exercer maior poder e liberdade de decisão, levando à maior flexibilidade e à reação mais rápida aos requisitos mutáveis do mercado¹⁴⁹. Portanto, a gestão de pessoas pode ser considerada como “um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo”¹⁵⁰

Nesse contexto, o papel do gestor de pessoas ou de recursos humanos (como ainda é conhecido) é relevante ao estabelecer as políticas, compreendidas como as maneiras pelas quais a organização lida com seus membros para, através deles, atingir seus objetivos, permitindo também condições para alcance de objetivos individuais. Cabe ao gestor também estabelecer normas e procedimentos para recrutar, selecionar e treinar as pessoas e proporcionar um ambiente (cultura e clima) compatível com a qualidade de vida no trabalho.

A tecnologia de informação e a sociedade em rede dão ao indivíduo comum um poder que se origina da dinâmica das relações onde está inserido, dando ao tecido social uma sensibilidade de organismo vivo e esse poder individual acaba provocando grandes efeitos na sociedade e nas organizações¹⁵¹. Por outro lado, mudanças econômicas, sociais e educacionais impostas pela disputa no mercado e pela necessidade de sobrevivência da empresa também contribuíram para mudanças de foco do setor de RH¹⁵².

Cherubin, ainda em 1998,¹⁵³ comentou que “os recursos humanos são os principais componentes de um hospital em sua prestação de serviços e que são eles que transportam e manifestam a imagem do hospital”. Embora o reconhecimento da importância das pessoas que trabalham no hospital já tenha um certo tempo, os profissionais da área de saúde ressentem-se muitas vezes da falta de comprometimento e participação de alguns membros da equipe, talvez por falta de um ambiente mais cooperativo e acolhedor¹⁵⁴.

149 BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p. 28.

150 DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 17.

151 GUIMARÃES, R. Por que RH e marketing devem continuar de mãos dadas? In: BOOG, M.; BOOG, G. (Coords.). **Tempo de convergir**. São Paulo: Gente, 2003, p. 149.

152 LIMA, L. **Teoria da relatividade aplicada à administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2004, p. 22.

153 CHERUBIN, 1998, *apud* SOUZA; BAÍÁ. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p. 28.

154 Idem, p. 28.

O papel do gestor de pessoas é fundamental para que essa mudança aconteça; para isso, torna-se imprescindível que seja líder e que consiga alinhar os objetivos dos clientes internos aos objetivos do hospital, visando um ambiente hospitaleiro. Essa conciliação entre os objetivos dos clientes internos e os do hospital está relacionada ao compartilhamento de responsabilidades entre a empresa e as pessoas. Cabe à empresa o papel de estimular e dar o apoio necessário às pessoas para que produzam da melhor forma possível e, ao mesmo tempo, possam receber o melhor que a empresa tem para fornecer-lhes¹⁵⁵. No hospital pesquisado já existe essa preocupação, principalmente no que se refere a treinamentos e benefícios.

Uma gestão eficiente na área de recursos humanos busca uma relação entre a estrutura e o processo de trabalho, visando os resultados. O foco deixa de ser somente o lucro, passando-se a valorizar as pessoas, que devem ser tratadas com respeito, confiança e comprometimento¹⁵⁶.

O desenvolvimento das pessoas é parte desse processo, bem como o monitoramento contínuo do trabalho e das estratégias para reajustá-las aos objetivos organizacionais. “Essa visão deve estar voltada para um só objetivo, o de proporcionar um serviço com qualidade, humanizado e efetivamente resolutivo”, é o que afirma a gerente administrativa do Hospital “X”.

4.2 Convívio entre clientes internos e externos

Muitos hospitais, “pela sua própria razão histórica são ainda instituições autoritárias e fortemente alicerçadas em rotinas e normas”¹⁵⁷, embasados em Taylor, que ao elaborar a sua Teoria da Administração Científica, deu um enfoque mecanicista ao ser humano, considerando o trabalhador como uma mera engrenagem, desrespeitando o ser humano¹⁵⁸, destacando-se ainda o excesso de

155 DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 17.

156 LIMA, L. **Teoria da relatividade aplicada à administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2004, p. 24.

157 AZENHA; FREITAS. Mantendo pessoas em hospitais através do aprender a trabalhar com qualidade total e qualidade de vida. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p.143.

158 FERREIRA, A. A. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias**. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 17.

burocracia. Entretanto, é visível em diversos hospitais a preocupação em acompanhar e fazer mudanças: como entidades baseadas no conhecimento, implantaram um modelo de gestão mais participativo, onde os profissionais envolvidos podem opinar sobre diversas questões e existe uma comunicação em todas as direções e com transparência. Estão preocupadas com resultados e, para isso, sabem que é indispensável valorizar e desenvolver as competências dos clientes internos, para que acolham de maneira profissional e hospitaleira os clientes externos.

Os profissionais do hospital são de várias áreas e especialidades, distribuídos nos diversos setores, tendo cada um deles seu corpo de conhecimentos e linguagem específica. O que têm em comum é que compartilham de um mesmo objetivo, que é atender o cliente, buscando solucionar o seu problema de saúde ou criando condições para proporcionar uma morte digna e tranqüila.

No sistema hospitalar todos são interdependentes, embora nem todos os profissionais reconheçam esse fato, sendo necessário uma coordenação que facilite as informações e estabeleça políticas e normas de conduta ética, que devem ser seguidas por todos. A administração de pessoas dentro de uma abordagem sistêmica vê a organização em termos comportamentais inter-relacionados, havendo uma tendência em enfatizar mais os papéis do que as pessoas, papéis esses compreendidos como um “conjunto de atividades associadas a um ponto específico do espaço organizacional”¹⁵⁹, que são os cargos. A gestão de pessoas nessa abordagem pode ser vista como um sistema inserido e interagindo num sistema maior, formado por subsistemas que interagem entre si e com o ambiente externo. Para se entender o que ocorre na relação entre as pessoas e a organização torna-se necessário reconhecer a preferência por critérios de relacionamento transparentes, práticas que privilegiem uma forma de conciliar as expectativas das pessoas e da empresa, um plano de carreira e de remuneração baseados na agregação de valor das pessoas ao negócio e, finalmente, espaços para que atribuições e responsabilidades de maior complexidade sejam compatíveis com as competências¹⁶⁰.

O gestor de pessoas pode ser esse coordenador, facilitando a disseminação de informações e realizando ações que proporcionem o

159 MOTTA, 1979, p. 74, *apud* DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 18.

160 DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 19.

desenvolvimento profissional, aperfeiçoando e ampliando os conhecimentos dos clientes internos.

O hospital, para ser eficaz, competitivo e ter um diferencial para atender às exigências de sua clientela, necessita monitorar o trabalho realizado, mensurando alguns indicadores e avaliando suas estratégias¹⁶¹.

Compreende-se como indicadores as ferramentas usadas para avaliar, corrigir e atingir a excelência em alguma situação ou atividade. Mostram como o trabalho está sendo realizado, medindo a diferença entre a situação desejada e a situação real, situação essa considerada como fator crítico de sucesso. O seu objetivo é detectar oportunidades de melhoria. Os principais indicadores de desempenho são os operacionais, relativos ao atendimento ao cliente, os de qualidade, medido de acordo com os padrões estabelecidos, os de produtividade que medem os recursos utilizados em relação ao serviço prestado, e o de satisfação dos clientes internos e externos, que retratam as condições de trabalho dos clientes internos e o índice de aprovação ou não pelos clientes externos¹⁶². No Hospital "X" todos esses indicadores são mensurados, sendo considerados, segundo a gerente de enfermagem, "o de satisfação do cliente e a pesquisa de clima organizacional os de maior importância" para avaliar opinião dos clientes externos e internos, respectivamente.

O treinamento é uma atividade crucial na gestão do hospital porque a contínua capacitação e atualização dos profissionais contribuem para minimizar erros e favorecer um ambiente de cooperação, já que o profissional não permanece competente para sempre¹⁶³. Como é um processo educacional a sua aplicação necessita ocorrer de maneira sistemática e organizada, proporcionando aos profissionais a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, todos alinhados aos objetivos da organização. Pela aprendizagem é que vai ocorrer a mudança de comportamento necessária à consecução dos resultados esperados pela organização¹⁶⁴.

O treinamento no hospital não pode ser apenas voltado para os aspectos técnico-científicos, visto que o hospital trabalha com uma perspectiva de zero erro,

161 ALMEIDA, L. G. **Gestão de processos e a gestão estratégica**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002, p. 56.

162 Idem, p. 56.

163 GALVANI, F. M. Desenvolvendo pessoas em hospitais. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p. 101.

164 Idem, p. 103.

necessitando de pessoas que realizem ações preventivas e tomem decisões rápidas. Também é fundamental que habilidades de relacionamento, comunicação e atitudes sejam desenvolvidas, com o objetivo de criar maiores condições de hospitalidade, diminuindo o estresse do ambiente, tanto para os clientes internos como para os externos; enfim, é necessária a criação de uma cultura de aprendizagem, o que dificilmente poderá ocorrer em empresas cuja gestão é autoritária, passiva e voltada para o passado¹⁶⁵. “A missão da empresa é que direcione o treinamento”, disse o supervisor de hotelaria hospitalar durante a entrevista.

O modelo de gestão de pessoas é que oferecerá “suporte para a compreensão da realidade e para construção de diretrizes e instrumentos que assegurem uma gestão coerente e consistente no tempo”¹⁶⁶, porque sem compreender as pessoas fica praticamente impossível enxergar a realidade em sua totalidade e complexidade no contexto organizacional. Acredita-se que, no hospital que ainda se baseie nos princípios tayloristas de gestão, essa compreensão seja inexistente, o que dificultará o envolvimento e comprometimento dos profissionais com a missão da organização.

A valorização e o reconhecimento do trabalho das pessoas no hospital são importantes facilitadores para uma gestão de sucesso. Segundo a gerente de enfermagem entrevistada, a maneira como o cliente interno reage “depende de como é tratado”.

As pessoas combinam três fatores importantes a serem considerados nas organizações. São eles, os traços de personalidade, as habilidades de aprendizagem e a motivação. Os traços de personalidade são os que evidenciam a energia, inteligência, confiabilidade, responsabilidade e atitudes; as habilidades de aprendizagem envolvem aptidão, imaginação, criatividade, prudência, sensatez e o terceiro é a motivação que juntos, vão influenciar no compartilhamento de informações e conhecimentos e no espírito de equipe¹⁶⁷, ou seja, na criação de um ambiente mais ou menos cooperativo.

A maneira do ser humano se comportar é orientada para objetivos pessoais, existindo um impulso, um desejo ou uma necessidade que provoca

165 FLEURY, 1995, p. 32, *apud* DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 20.

166 *Idem*, p. 41.

167 GALVANI, F. M. Desenvolvendo pessoas em hospitais. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p. 101.

determinado tipo de comportamento. A motivação relaciona-se com o sistema cognitivo do indivíduo, significando tudo o que está ligado ao conhecimento que tem de si mesmo e do ambiente.

“O motivo é algo que impulsiona as pessoas a agirem de determinada maneira, sendo, portanto, a causa de um comportamento específico” e esse comportamento pode ser causado, quando existe uma causa, ou motivado, quando existe uma finalidade¹⁶⁸.

A motivação pode agir como um diferencial competitivo e tem como base a importância que cada profissional dá ao seu trabalho, ao significado que é atribuído a cada atividade desse trabalho e que cada um busca o seu próprio referencial de auto-estima e de auto-identidade. No hospital com postura mais autoritária, há mais dificuldade em se conseguir o envolvimento das pessoas, porque elas necessitam de suporte e participação nos processos decisórios que lhe digam respeito¹⁶⁹, e nos modelos autoritários de gestão esse comportamento participativo não é bem visto.

Além disso, a motivação, não sendo um produto acabado, é mais um processo cuja configuração muda com o tempo, variando na mesma pessoa porque os seus valores e os seus conhecimentos também mudam¹⁷⁰. “É uma força, uma energia”¹⁷¹ que impulsiona as pessoas na direção de alguma coisa, sendo intrínseca, significando que ninguém motiva ninguém, embora estímulos possam contribuir, de fora para dentro, para motivar as pessoas. São os conteúdos psicológicos, diferentes em cada pessoa, que as direcionam para as suas atividades na organização. Os valores, necessidades, interesses, organização familiar, formação cultural e profissional diferem de pessoa a pessoa e saber lidar com essas diferenças “é a arte e a magia do gestor”¹⁷², cuja sensibilidade (ou sua ausência) vai facilitar (ou dificultar) a compreensão e aceitação dessas diferenças.

O conhecimento é que direciona os atos das pessoas, isto é, tudo aquilo que a pessoa pensa, acredita e prevê de maneira consciente ou não e isto constitui seu ambiente psicológico. Esse ambiente psicológico caracteriza-se pela forma

168 MORAES, A. M. P. de. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001, p. 115

169 DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 26.

170 MORAES, A. M. P. de. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001, p. 116.

171 VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2005, p. 41.

172 Idem, p. 43.

como cada pessoa percebe e interpreta o ambiente externo e está relacionado às suas atuais necessidades¹⁷³.

Várias são as teorias de motivação e são as experiências de cada pessoa que podem estabelecer a relação com alguma delas. Uma teoria constitui uma “forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo e não constituem leis ou fatos que são verificáveis e existem como verdades”¹⁷⁴.

A prática se baseia nas teorias de uma disciplina, teorias essas que são validadas através da pesquisa. Na área de enfermagem, a teoria de motivação mais difundida é a de Maslow. Essa teoria muitas vezes serve de base para o planejamento do cuidado de enfermagem porque considera como eixo a questão das necessidades humanas. Maslow distingue dois tipos de necessidades, as *primárias* — são as fisiológicas, que dizem respeito à sobrevivência das pessoas e à segurança, que dizem respeito às necessidades de proteção real ou imaginária — e as *secundárias* — são as afetivo-sociais, de estima e as de auto-realização¹⁷⁵.

A teoria de motivação de Herzberg¹⁷⁶ considera que existem dois fatores que explicam o comportamento das pessoas no trabalho e são eles os fatores *higiênicos* e os *motivacionais*. Os higiênicos envolvem o ambiente de trabalho e são extrínsecos às pessoas, tais como salário, benefícios, condições físicas do trabalho. Se presentes, deixam de causar insatisfação, embora não causem satisfação.

Já os fatores motivacionais são intrínsecos e dizem respeito aos sentimentos de auto-realização e reconhecimento. Se presentes, causam satisfação, embora a sua ausência não chegue a causar insatisfação.

As pessoas, ao realizarem um trabalho, empenham nele o seu raciocínio, emoção, capacidade motora, direcionando sua energia para a produção de seu trabalho; nessa situação, produto e produtor são inseparáveis e o trabalho pertence a quem “nele colocou o seu esforço”¹⁷⁷.

As organizações buscam resultados, o que só ocorre por meio do desempenho¹⁷⁸ das pessoas quando aplicam algum esforço intelectual ou físico orientado para o que fazem. Para que isso ocorra, as pessoas precisam estar

173 MORAES, A. M. P. de. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001, p. 115.

174 GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995, p. 16.

175 Idem, *ibidem*.

176 VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2005, p. 45.

177 Idem, p. 47.

178 MAXIMIANO, A.C. A. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 347.

motivadas para o trabalho, ou seja, é preciso “um estado psicológico de disposição ou vontade de perseguir uma meta ou realizar uma tarefa”¹⁷⁹.

No Hospital “X”, existem alguns fatores que podem ser considerados como estímulos à motivação: convênio do hospital para cuidar da saúde do cliente interno e sua família completamente gratuito, com atendimento no próprio hospital. Toda a alta administração do hospital e seus familiares também são usuários do hospital, comprovando assim a confiança no desempenho dos profissionais.

Segundo a gerente de enfermagem, “os donos do hospital acolhem bem” os clientes internos; o hospital “é um negócio com humanização atrelada, senão não fideliza os clientes internos e externos”.

É importante observar que a percepção que o profissional tem sobre o significado de seu trabalho contribui para direcioná-lo em busca de seu próprio crescimento e o da empresa.

O hospital que o cliente externo quer é aquele que lhe proporciona assistência competente, cuidadosa e segura e o mesmo deseja o cliente interno. O trabalho não pode ser realizado em uma organização que propicie o sofrimento, o tédio, o desespero ou o desconforto espiritual porque o resultado será medíocre e os profissionais serão vistos como tal.

O modelo de gestão de pessoas que se preocupa com o desenvolvimento dos profissionais e do hospital, com a satisfação de ambos e em ser transparente e flexível é o que tem mais possibilidades de sucesso¹⁸⁰.

A importância da transparência refere-se à clareza de critérios que norteiam a gestão e a um fluxo contínuo de informações que somadas a uma gestão flexível, possibilita os ajustes necessários aos diferentes contextos e pressões, porém, para que isso ocorra, algumas premissas precisam ser consideradas¹⁸¹.

A transferência do foco no controle para o foco no desenvolvimento contribui para minimizar ou eliminar o descompasso que existe entre a realidade e as necessidades da organização, pois ainda predomina no hospital a idéia de que a relação entre a organização e as pessoas é de natureza conflitante. O que se propõe é que a organização e as pessoas se vejam como parceiras, o que vai propiciar um maior comprometimento.

179 Idem, p. 347

180 DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 43.

181 Idem, p. 43.

Focar os processos em vez dos instrumentos é outra premissa importante porque é no processo que uma visão comum da realidade e dos desafios é construída e que se estabelecem compromissos, como também os papéis e responsabilidades. A busca de conciliação entre os interesses da organização e os dos clientes internos torna-se importante porque o desenvolvimento e a satisfação da organização e de seus clientes internos não é uma tarefa fácil. O processo de relação hospital/cliente interno é dinâmico e somente uma forma conciliatória ao estabelecer os objetivos pode fortalecer o comprometimento.

O hospital, ao ser considerado como um sistema aberto, focaliza o modelo integrado e estratégico de gestão, o que contribui para simplificar os relacionamentos e, ao mesmo tempo, dificulta a hegemonia de um grupo de profissionais sobre outro, contribuindo para a sua integração.

De acordo com a gerente administrativa do hospital pesquisado, “na realidade não é possível proporcionar um atendimento completo, de qualidade, se não houver o perfeito entrosamento entre as áreas”.

Portanto, se as pessoas buscarem seu desenvolvimento provavelmente poderão tornar-se mais competitivas. Ao hospital pode ser importante estimular e criar espaço para esse desenvolvimento, oferecendo suporte e condições que permitam uma relação crescente entre o hospital e os profissionais que nele atuam.

5 ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS HOTELEIROS E DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL NA CIDADE DE SÃO PAULO

O estudo de caso ocorreu em um hospital na cidade de São Paulo, que, por rigor ético, será identificado apenas como Hospital “X”¹⁸².

A estrutura organizacional do referido hospital tem a seguinte constituição: diretoria executiva, formada pelos proprietários dos três hospitais que constituem a base do atendimento a um convênio de saúde (também não identificado por motivos éticos) e, logo abaixo, um diretor técnico. A ele se reportam o diretor clínico, a gerente de enfermagem e a gerente administrativa, os três no mesmo nível hierárquico, embora os nomes dos cargos sejam diferentes. (Não será considerado o organograma completo do hospital porque não é do interesse da pesquisa.)

Organograma do Hospital “X”¹⁸³, considerando as áreas envolvidas no estudo de caso:

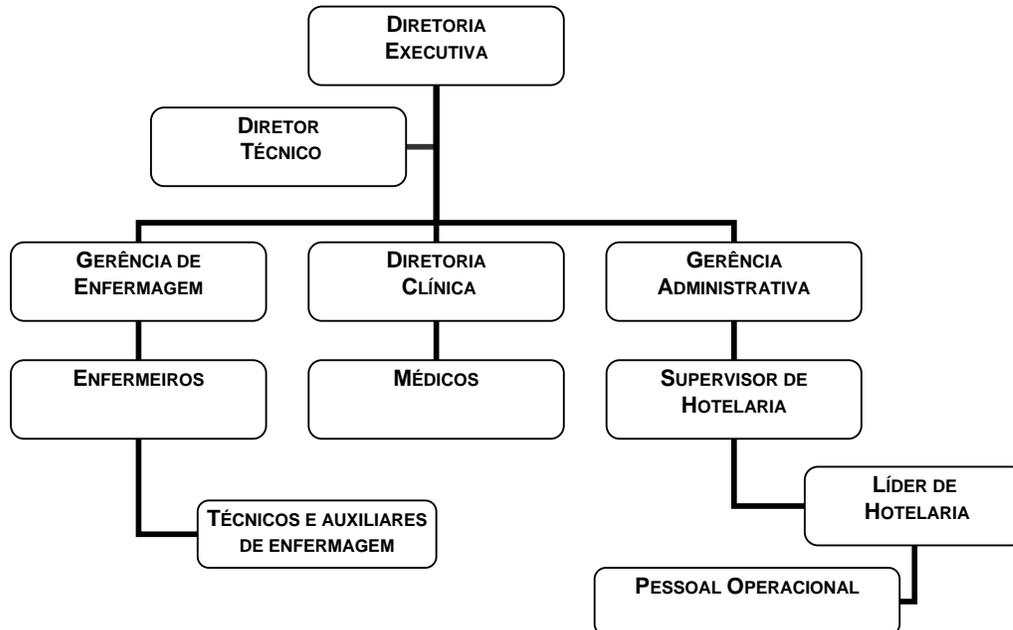


Figura 1: Organograma do Hospital “X”.

182 O Hospital autorizou a presença da pesquisadora, mas solicitou sigilo na divulgação especialmente de nomes.

183 Organograma do Hospital, obtido durante as entrevistas realizadas com funcionários.

Foram feitas entrevistas gravadas, com autorização do Hospital, com três funcionários, os quais terão suas identidades preservadas. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, nas respectivas salas de cada um dos funcionários, a saber: a) supervisor de hotelaria, b) gerente de enfermagem e c) gerente administrativa. As entrevistas foram realizadas, respectivamente, nos dias 01/04/05; 04/04/05 e 11/04/05, sempre no período da tarde, sendo que a primeira entrevista teve 90 minutos de duração e as outras duas, 60 minutos. Além da observação participante quando a pesquisadora teve oportunidade de acompanhar um familiar que foi hospitalizado, foi visitado todo o hospital juntamente com o supervisor de hotelaria.

Durante a entrevista com o supervisor de hotelaria, foi apresentada à pesquisadora, por escrito, a missão do Hospital "X": "Promover a saúde, contribuindo para o bem-estar de nossos clientes através da gestão e produção de serviços médicos e hospitalares com qualidade, praticando a melhor relação custo/benefício".

O ponto de partida de cada um dos entrevistados foi a apresentação pela pesquisadora do conceito de hospitalidade considerado nesta pesquisa para que houvesse um esclarecimento sobre o que seria o foco da entrevista.

O referido conceito é o seguinte: hospitalidade é a maneira de acolher o cliente/paciente, buscando fazê-lo sentir-se bem-vindo, confortável, seguro e tendo suas necessidades e, sempre que possível, os seus desejos, satisfeitos. Também pode ser entendida como o "processo de agregação do outro à comunidade"¹⁸⁴, sendo um sinônimo de acolhimento.

A primeira entrevista realizada foi com o supervisor do setor de hotelaria hospitalar, depois com a gerente de enfermagem e, finalmente, com a gerente administrativa.

Algumas questões foram respondidas de maneira semelhante pelos três entrevistados, por isso serão inseridas junto com as respostas específicas de cada um deles.

Houve manifestações sobre o conceito de hospitalidade tais como: "este conceito faz sentido porque o hospital parte da hotelaria cujo foco é o acolhimento pela recepção, enfermagem e médico também"; "vejo a hotelaria como filosofia e isto significa acolher bem o cliente"; "o resultado disso tudo é a satisfação do cliente... se

184 GOTMAN, 2001, p. 493, *apud* WADA, E. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, A.; BUENO, M. (Orgs.). **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003, p. 62.

bem recebido”. Observou-se, por parte dos entrevistados, que o conceito de hospitalidade se confunde com a existência do serviço de hotelaria e também é visto como sinônimo de acolhimento.

Ao ser questionado sobre o conceito de hospitalidade apresentado, o supervisor de hotelaria disse que fazia sentido, mas

queria ressaltar que há distinção entre o cliente paciente e o cliente acompanhante. Embora o acompanhante possa ser alguém da família, o objetivo é diferente do paciente. O acompanhante tem necessidades e expectativas diferentes do paciente; este quer ficar bom e o acompanhante olha tudo, como o paciente é atendido. O ambiente, a maneira dos funcionários se relacionarem com ele (acompanhante).

Quando perguntado se havia no hospital a preocupação com a hospitalidade, o supervisor de hotelaria declarou que “esse foco existe partindo da hotelaria e sou resultado desse foco” (referindo-se ao seu cargo).

Esse primeiro entrevistado é administrador e está na instituição há três anos nesse mesmo cargo. Seu setor é constituído pela internação, central de vagas, rouparia e também por auxiliares administrativos, que ficam nos postos de enfermagem, nas diversas unidades de internação. Eles, diferentemente da maioria dos hospitais, não fazem parte do serviço de enfermagem, cuidam da documentação do cliente e “captam as informações do cliente, que são transmitidas a mim para buscar solução e/ou fazer contato com o serviço que originou a insatisfação do cliente, para buscar uma solução”.

A central de vagas (faz as reservas e estabelece qual a vaga mais conveniente para cada caso) e a internação, que encaminha o cliente para a sua vaga, trabalham em comum acordo com a enfermagem, para distribuir os pacientes de acordo com sua patologia, sua complexidade e tipo de convênio pelas diversas unidades (enfermarias ou apartamentos).

Para os entrevistados, o atendimento à saúde é um negócio,

mas se só se visa o negócio, sem acolher, sem humanizar, as pessoas não mais procuram este hospital. (...) O sorriso de quem recebe o cliente tem que ser sincero para cativar. (...) Embora todas as unidades de internação sejam vistas como um negócio, pois se controlam todas as atividades, a relação com o paciente tem que ser próxima, humanizada. (...) Os donos do hospital acolhem bem os funcionários; é um negócio com humanização atrelada porque senão não fideliza o cliente.

O supervisor de hotelaria comentou: “não me importo de pagar R\$5,00 a mais por um serviço onde sou bem recebido e me importo de pagar R\$5,00 mais barato e ser mal atendido. Penso que o serviço que vão fazer não é bom”. Reforçando seu ponto de vista, disse que “tratamento impessoal, frio, não faz aproximação entre os clientes e os funcionários”. Também disse que “se é um negócio e você não sabe qual o produto que entrega, não sabe se fez a captação do cliente”.

O supervisor de hotelaria comentou ainda que “quando se visa só o negócio, não se consegue acolher bem; o lucro vem como consequência”. Por outro lado, todos reforçaram a importância do acolhimento ao cliente interno; “se o funcionário não é bem tratado, como poderia tratar bem o cliente?”.

Os entrevistados comentaram a importância do acolhimento como

forma de receber o cliente desde o pessoal da segurança. (...) O acolhimento é consequência de criar ambiente favorável. (...) tirar a aparência de hospital ajuda o cliente e família. (...) O hospital não pode ter cara de hospital. (...) Há espaços com poltronas para o paciente sair do quarto e ver outro ambiente.

No setor de Pediatria, por exemplo, “tem brinquedos de fácil higienização, um grupo que vem de fora semelhante aos doutores da alegria e também contadores de história”.

Por essas afirmações observa-se que o ambiente, para os entrevistados, pode contribuir para o acolhimento e humanização do atendimento. Tanto o supervisor de hotelaria como a gerente de enfermagem valorizaram os aspectos físicos do hospital, ressaltando as cores claras das paredes, quartos (enfermaria para dois pacientes), apartamentos espaçosos, arejados e com iluminação natural.

Os serviços de estacionamento, segurança, telefonia e manutenção são terceirizados, mas além do treinamento desses profissionais, exigido pelo hospital, para que se familiarizem e vivenciem a missão e assim “possam acolher bem os clientes” existe um “ótimo relacionamento com a hotelaria, o que facilita o trabalho e a recepção do cliente”. O pessoal da segurança, por exemplo, “ajuda o paciente quando ele chega na porta do hospital, ajudando a sair do carro ou providenciando cadeira de rodas” e assim “agiliza o atendimento”.

Como outro exemplo, foi citado o serviço de manutenção. “Compete à manutenção providenciar capas para os colchões e quando isso não acontece, cobro deles e imediatamente vão resolver, não sendo necessário pedir a ninguém

mais”, referindo que a integração entre os diversos serviços contribui para o acolhimento humanizado. Frisou que “não é necessário falar com a chefia de outro serviço quando preciso resolver um problema; vou direto ao setor”, porque há flexibilidade, o que facilita a solução de problemas, “pois o foco é o cliente”.

O supervisor de hotelaria fez o seguinte comentário:

os funcionários (o entrevistado aqui designa as pessoas que exercem cargos de chefia) andam muito para ver o hospital e isso ajuda o relacionamento; os gestores se ajudam mutuamente porque se falam com facilidade. (...) O diretor clínico é muito presente, anda pelo hospital, é hospitaleiro(...)

significando, para o entrevistado, que não existe dificuldade de comunicação com a chefia médica. Embora o relacionamento com o diretor clínico seja fácil, nem sempre essa situação ocorre com todos os médicos, comentou: “quando existe problema com médico, que dificulte o atendimento ao cliente, como o diretor clínico está sempre presente, ele resolve na hora”, o que “facilita o trabalho” e “humaniza o atendimento ao cliente”. É importante esclarecer que essa situação não é muito comum na maioria dos hospitais, onde o diretor clínico tem pouco contato com as atividades rotineiras.

Observou-se que o supervisor de hotelaria serve de referência para informações sobre os clientes. Durante a entrevista ele atendeu vários telefonemas para dar informações e, durante a visita ao hospital, ele foi interpelado algumas vezes ou por familiares de pacientes ou por profissionais do hospital em busca de orientação e informação.

No Hospital “X”, a lavanderia e o serviço de limpeza são terceirizados, mas compete ao supervisor de hotelaria, auxiliado pela líder de hotelaria, o controle da qualidade desses serviços. “Os donos do hospital e suas famílias, como também o diretor clínico, os médicos, enfermeiros, são nossos clientes do hospital e todos os gestores andam muito e olham tudo” comentou o supervisor de hotelaria, referindo-se à importância do controle desses serviços terceirizados porque “desde a fachada do hospital já começam as expectativas do cliente”. “Esse hospital tem uma fachada bonita e dentro dele é necessário manter a expectativa de hospital bonito e limpo”.

Também é terceirizado o Serviço de Nutrição e Dietética (SND); existe uma nutricionista do próprio hospital e todas as outras pertencem ao serviço terceirizado. O SND não faz parte do serviço de hotelaria, mas ambos os serviços mantêm um bom relacionamento. “Todos os profissionais desse serviço (SND) são

muito bem treinados para observar as diferenças nos clientes e ter um bom relacionamento com todos os setores”, segundo o supervisor de hotelaria. Já a gerente de enfermagem acha que a alimentação e o atendimento dos pacientes na área de nutrição perdeu qualidade quando foi terceirizada. “Eles (o SND) precisam saber acolher os pacientes”. “A qualidade desse serviço tem sido discutida em reuniões”, comentou o supervisor de hotelaria, pois embora haja o treinamento, “ainda muita coisa precisa ser melhorada nesse setor”.

Quanto ao serviço de limpeza, que se reporta ao supervisor de hotelaria, mesmo sendo terceirizado, “ainda está sendo treinado para funcionar como hotelaria”, ou seja, “embora até façam um *checking list*, com o objetivo de não esquecer nenhum item quando arrumam o quarto para receber o próximo cliente, ainda não conseguem enxergar detalhes como, por exemplo, um pedaço de fórmica que falta na porta do armário” para tomarem providências quanto ao reparo. Existe uma camareira em único andar, mas está previsto estender esse serviço para todos os andares e “esperamos que assim e com treinamento, esse serviço venha a preencher as expectativas”, declarou o supervisor de hotelaria.

Existe um mensageiro no período diurno que acompanha o cliente que vai ser internado somente quando ele tem dificuldade de locomoção ou é idoso; se assim não for, “o paciente e seu acompanhante são orientados para se dirigirem ao setor onde será internado e lá se apresentar à enfermagem”.

O supervisor de hotelaria comentou que o cliente é “uma fonte inesgotável de informações”: quando ele tem alguma queixa é encaminhado para a central de relacionamento que direciona a informação ao gestor da área específica para que tome as devidas providências. “Aqui não existe ainda o SAC” — Serviço de Atendimento ao Cliente —, acrescentou o entrevistado. Finalizando a entrevista ele fez o seguinte comentário: “o acolhimento é como forma de trabalho; é natural, mas tem que ter uma situação favorável”, referindo que a cultura da empresa é que favorece ou não essa situação.

Quando questionado diretamente sobre o entrosamento com o serviço de enfermagem, embora em alguns momentos já houvesse falado sobre ele, ressaltou que existe “uma parceria formatada com a enfermagem. A enfermagem é a referência para o paciente e é essa parceria que permite superar as dificuldades”.

A gerente de enfermagem entrevistada está na instituição há 20 anos e no cargo há 16 anos, é enfermeira, com especialização em gerenciamento de

enfermagem. Ela se reporta ao diretor técnico e também referiu a facilidade de relacionamento com o diretor clínico, o que “ajuda a resolver questões com os médicos com facilidade e assim o atendimento ao cliente é imediato”. Quanto ao conceito de hospitalidade apresentado, comentou: “vejo a hotelaria hospitalar como uma filosofia de trabalho; aqui há muito ainda a melhorar”, mas “o acolhimento é bom e é o que mais se procura fazer na enfermagem”.

O serviço de enfermagem conta com quatro coordenadoras (são enfermeiras que ocupam cargos que correspondem à chefia) e mais nove supervisores, distribuídos nos três períodos da jornada de trabalho, ou seja, período da manhã, da tarde e noite. Além disso, há os enfermeiros, um para cada unidade de internação, em cada período; no Pronto-Socorro existe um enfermeiro que faz a consulta de enfermagem nos horários de pico, ou seja, das 10 às 22 horas.

As quatro enfermeiras coordenadoras “coordenam o negócio porque cada bloco de internação é visto como um negócio, embora o foco seja o bem-estar do cliente”. São eles a unidade de tratamento intensivo (UTI), o pronto-socorro (PS) e o hospital-dia, o centro cirúrgico e a central de material e as unidades de internação. Na pediatria, em vez de coordenadora, existe uma supervisora, “embora a pediatria também seja um negócio”. Em cada turno, existem dois supervisores que coordenam toda a enfermagem. Além disso, há a supervisora de educação continuada e outra de planejamento e controle.

A supervisora de educação continuada estabelece os programas de treinamento e acompanha os resultados, “pois o que se quer é que a enfermagem saiba usar a técnica e a ciência, mas seja humanizada”; “há treinamento para o acolhimento do cliente, para facilitar o vínculo com o cliente”.

Um dos aspectos desse treinamento envolve as “14 atitudes com o cliente” que o funcionário de enfermagem terá de cumprir e que devem ser aprendidas desde o momento de admissão do colaborador, sendo monitoradas ao longo do tempo. Como exemplo dessas 14 atitudes, citou “cumprimentar o cliente, bater na porta do quarto antes de entrar, informar o que vai fazer antes de realizar os procedimentos de enfermagem, informar sobre a medicação antes de aplicar etc.”. Há um “protocolo de apresentação do funcionário”, também sob a responsabilidade da educação continuada, orientando como deve ser a aparência do colaborador e anualmente alguma empresa de cosméticos (a última foi a Payot) vem fazer um

treinamento com o pessoal, “orientando sobre maquiagem, cuidados com os cabelos etc.”.

A supervisora de planejamento e controle acompanha o “cumprimento das metas estabelecidas, controla os treinamentos de cada setor, anotando-os e comparando com as metas estabelecidas, acompanha os indicadores que existem na empresa, inclusive acompanha a pesquisa de clima da empresa”, porque “é importante saber como o pessoal se sente em relação ao hospital”, disse a gerente de enfermagem.

Perguntada sobre o que são indicadores, a supervisora respondeu:

são ferramentas, as metas que se usa para medir resultados, avaliar e corrigir o desempenho; enfim mostram a diferença entre o que se quer e o que se tem na realidade e assim sabemos como chegar ao que se quer.

A gerência de enfermagem realiza o “planejamento anual e estabelece as metas que precisam ser alcançadas e controla os resultados baseados nas metas estabelecidas”, sendo “importante conversar com o funcionário sobre seu desempenho, se alcançou ou não as metas; isso é feito o tempo todo porque o enfermeiro está muito próximo do funcionário de enfermagem”. Assim sendo, “fica mais fácil ir corrigindo as falhas observadas”.

“O hospital é um negócio, mas a humanização tem de começar com os funcionários se a gente quer acolher bem o cliente”, disse a gerente de enfermagem. “Aqui é assim: os funcionários têm direito a atendimento no hospital; de acordo com o seu cargo vai para apartamento ou enfermaria e também sua família, sem nenhum desconto no holerite. Também na “Semana de Enfermagem” (em maio, de 12 a 20, ficou estabelecida por Lei a comemoração da Enfermagem em todo o País), não fazemos mais palestras. O que fazemos é comemorar com festa e os donos também comparecem em algum momento”. A festa de fim de ano é fora do hospital, em geral no Olímpia (uma casa de *shows*).

Outros fatos citados pela gerente de enfermagem visando mostrar a preocupação com o acolhimento do profissional de enfermagem: “existe em cada andar uma copa, com direito a lanche; o vestiário tem armários para todos, embora seja rotativo, mas os pertences (bolsa e outros objetos) ficam nesse armário no período de trabalho e com segurança” e, “o mais importante é a liderança do enfermeiro, que não chama atenção em público, ouve o funcionário e orienta, e também dá *feedback*”. A gerente frisou que conversar com o funcionário é muito

importante como fator de humanização. Informou que, pela entrevista de desligamento, feita com todos os funcionários que saem do hospital, “detecta-se o líder autoritário, que não está correspondendo ao que se quer” e assim “se toma providências para melhorar o desempenho desse líder”. Declarou ser muito importante a sua própria participação em todos os processos de trabalho da enfermagem, “pois isso melhora a auto-estima do colaborador”.

Outro fator que facilita a “humanização com o colaborador” é a comunicação feita por e-mail interno e também por meio de “reuniões com todos os plantões”, referindo-se às equipes de enfermagem que trabalham por turnos, manhã, tarde e noite (noite par e noite ímpar).

Em relação ao acolhimento do cliente, a gerente de enfermagem fez os seguintes comentários: “é preciso melhorar o processo de acolher o cliente no centro cirúrgico, porque nas unidades de internação está muito melhor e o cliente é acolhido na hora que chega”; no centro cirúrgico “ainda falta uma recepção porque não tem na sala de espera desse setor um funcionário informando sobre a situação do cliente que está em cirurgia”.

Quanto à pesquisa de satisfação do cliente externo, informou que existem dois “programas” de pesquisa pós-alta, feitos através de telefonema para a casa do cliente, sendo que o percentual da satisfação é acima de 90% (não achou conveniente dar mais detalhes sobre esses programas).

A gerente de enfermagem informou que o seu serviço tem “orçamento próprio” cuja previsão é feita anualmente pela gerente e suas coordenadoras e aprovada pela diretoria, o que permite “autonomia para comprar equipamentos e materiais que facilitem o atendimento ao cliente”.

Questionada sobre a existência ou não de parceria entre enfermagem e hotelaria afirmou: “Somos parceiros, pois um serviço contribui com o outro para acolher bem o cliente”, embora “algumas coisas ainda precisem ser melhoradas, principalmente em relação a questões de treinamento de pessoal”, o que coincide com o comentário do supervisor de hotelaria: “esperamos que assim e com treinamento, esse serviço venha a preencher as expectativas”, referindo-se ao pessoal de limpeza.

Para a gerente de enfermagem essa parceria com a hotelaria hospitalar é muito importante e o setor (hotelaria) “está progredindo”. “Existe camareira (*sic*) em um só andar e isso cria um certo atrito com a hotelaria porque num andar o leito é

cuidado pela camareira e nos outros não”. Com relação ao lazer oferecido ao cliente, a gerente considerou que a parceria com hotelaria é fundamental: “Existe televisão a cabo, telefone nos quartos e apartamentos, frigobar” e “isto tudo é cuidado pela hotelaria”. Outra forma de parceria importante citada foi a distribuição dos clientes nas diversas unidades de internação por nível de complexidade, ou seja, de acordo com a situação do cliente, mais ou menos complexa, ele vai para unidade específica e isto “é decidido em comum acordo com o setor de internação”, sendo “a decisão do enfermeiro sempre respeitada”.

Ressaltou também que o serviço de nutrição “antes da terceirização era melhor, com comida melhor” embora haja um “bom entrosamento com a enfermagem”.

Quanto ao desenvolvimento do pessoal de enfermagem, a educação continuada busca o aspecto técnico e o pessoal. “O que se quer é que a enfermagem saiba usar a técnica e a ciência, mas seja humanizada”. Por outro lado, a referência às 14 atitudes do profissional de enfermagem e a preocupação com a aparência dos profissionais (treinamento feito pela Payot), além da busca em proporcionar condições para acolher o cliente interno (existência de copa, o que não é muito comum nos hospitais, lanche, tratamento de saúde no próprio hospital para o colaborador e sua família) reforçam as suas habilidades de liderança. A gerência de enfermagem declarou como muito importante a sua participação nas atividades diárias da enfermagem, “visando reforçar a auto-estima dos colaboradores”, reconhecendo que a liderança não é um cargo, mas uma “maneira de agir e pensar”.

Em relação ao convívio de clientes externos e internos, todos os entrevistados comentaram a existência de parceria entre enfermagem e hotelaria: “Dificuldades são superadas por isso”; “na realidade não é possível proporcionar um atendimento completo, de qualidade, se não houver o perfeito entrosamento entre essas áreas”.

Outros relatos dos entrevistados, ao comentarem a importância da parceria enfermagem/hotelaria:

só acontece porque o funcionário é bem-acolhido (...) acolher bem o profissional de enfermagem e os benefícios da empresa... e uma liderança que não chame atenção em público facilitam parceria e conviver. (...) Conversar, saber dar *feedback* ao funcionário, isso é considerado no perfil do profissional desde a entrevista de admissão.

O relato a seguir, feito pela gerente administrativa, pode ser bastante esclarecedor:

Sim, existe parceria entre a Hotelaria e a Enfermagem aqui no Hospital "X". O Serviço de Enfermagem, juntamente com a Hotelaria, transcenderam o conceito puramente de assistência ao paciente, evoluindo para o verdadeiro acolhimento ao paciente. As ações integradas das áreas, começam no momento em que o paciente chega, passa pela Internação, vai para o leito, para o centro cirúrgico, volta para o leito, recebe alta médica e administrativa, enfim, até sua saída do hospital. Em cada uma dessas etapas as áreas obrigatoriamente devem falar a mesma linguagem, e a visão deve estar voltada para um só objetivo, o de proporcionar um serviço com qualidade, humanizado e efetivamente resolutivo... O resultado final disso tudo é o valor agregado, a satisfação do cliente, não no sentido comum do termo, mas o sentido de fidelização do cliente.

A pesquisadora realizou a observação participante, buscando entender melhor a dinâmica do atendimento no hospital e, posteriormente, durante as entrevistas, fazer a relação com as informações colhidas.

No dia 05/02/2005, no período da manhã, por volta das 10 horas, a pesquisadora acompanhou uma pessoa de sua família que precisou de atendimento de urgência no Pronto-Socorro (PS) do Hospital "X", tendo oportunidade de observar o processo de atendimento e a estrutura física do local, bem como a maneira pela qual o cliente foi acolhido.

O Hospital "X" é geral, ou seja, atende a todas as especialidades, tem 176 leitos e fica situado num bairro da zona sul do Município de São Paulo. Na região próxima ao hospital, há placas com indicação de direção, o que facilita o acesso para o cliente, principalmente para aquele que não conhece bem o bairro.

O prédio onde se situa o hospital tem a sua identificação feita pelo nome do hospital na fachada e sua aparência é agradável.

O acesso ao hospital se dá por meio de três vias: uma delas é para o PS, outra para as unidades de internação e a terceira para os consultórios médicos, todas elas se intercomunicando internamente. Para o cliente que vem de condução própria, há o acesso para o estacionamento, onde deixa o seu veículo e dali se dirige para um dos três acessos já citados.

Por sua vez, o acesso ao PS do hospital pode ser feito de duas maneiras. Numa delas, o cliente deixa o carro no estacionamento e anda até o PS, percorrendo dois saguões do hospital, até alcançar o seu destino. O outro acesso é direto da rua, tendo o cliente de subir três degraus ou uma pequena rampa. Como não há possibilidade do carro ou ambulância acessarem diretamente a porta do PS

quando o cliente está impossibilitado de caminhar, o funcionário da segurança que fica à porta do setor providencia uma cadeira de rodas, ficando o cliente sujeito a tomar chuva, já que não há nenhuma proteção entre a rua e o hospital. No caso do cliente necessitar maca, a ambulância segue para o estacionamento no subsolo e a enfermagem do PS vai buscar o cliente.

A sala de espera do setor é ampla, tendo logo na entrada um balcão de recepção com três funcionários que atendem ou prontamente, se o caso for grave, ou mediante chamado por senha, acessada pelo cliente assim que entra no recinto. Nas suas extremidades ficam localizadas a entrada para o PS de adultos à esquerda e o PS infantil e o atendimento de ortopedia ficam à direita. Há várias cadeiras confortáveis e um aparelho de televisão nessa sala para amenizar a espera.

O interior do serviço de emergência (PS) tem quatro consultórios, uma sala para medicação e posto de enfermagem. Se o cliente necessitar, há uma sala para observação, acessada pelo corredor; há também banheiros de fácil acesso aos clientes.

O serviço prestado ao cliente pelos funcionários da recepção do PS é feito de maneira atenciosa, podendo-se observar o seu treinamento para fazer o acolhimento de forma rápida e de acordo com as necessidades de cada um.

No caso do cliente acompanhado pela pesquisadora, a recepcionista, a partir da queixa referida pelo cliente, encaminhou-o imediatamente ao consultório médico, enquanto a acompanhante apresentava os documentos necessários à consulta.

O atendimento médico foi rápido e feito com gentileza, sendo o cliente, sempre acompanhado pela pesquisadora, encaminhado para a sala de medicação, onde foi atendido de forma hospitaleira e, ao mesmo tempo, de maneira tecnicamente correta, já que a pesquisadora, sendo enfermeira, está capacitada para fazer essa avaliação. O material para exames foi colhido no próprio local e após a avaliação do resultado pelo médico, este pacientemente conseguiu convencer o cliente da necessidade de internação para tratamento.

A acompanhante foi encaminhada ao setor de internação, no primeiro andar, onde ficou aguardando a autorização do convênio. Embora bem-atendida pela encarregada desse processo, a espera pela autorização do convênio foi longa, cerca de uma hora. O local de espera é confortável, há um aparelho de televisão ligado em um programa agradável e a funcionária mantém os clientes que aguardam

informados sobre o andamento do processo, chamando pelo nome quando a liberação pelo convênio é autorizada. Por outro lado, algumas vezes o técnico de enfermagem do PS veio a esse setor saber com a acompanhante e o andamento da internação, deixando-a informada sobre o estado de seu familiar, o que confirma a preocupação da equipe de enfermagem em dar um atendimento humanizado.

Após a autorização da internação pelo convênio e a confirmação pelo setor de hotelaria que o quarto já estava pronto, o cliente e sua acompanhante foram encaminhados pela enfermagem do PS para o setor de internação. A observação da prática evidenciou o entrosamento entre enfermagem e hotelaria nessa situação.

O hospital, no seu setor de internações, conta com nove andares, sendo o nono andar o setor administrativo, onde ficam os profissionais da alta administração.

As acomodações oferecidas ao cliente internado variam de acordo com o tipo de convênio, isto é, há apartamentos para um único cliente ou enfermaria com dois leitos, sendo essa a única diferença entre os dois.

Os apartamentos são espaçosos, com aproximadamente 18m², equipados com telefone, televisão e frigobar, além de banheiro privativo, com barras de proteção para o cliente se apoiar. A permanência de acompanhante e de visitas é livre em qualquer horário. As cores das paredes são claras e alegres, há quadros com motivos florais na parede, a iluminação é natural e há vários pontos de luz para serem usadas durante a noite, com o propósito de incomodar o mínimo possível tanto o cliente ao ser cuidado pela enfermagem, quanto o seu acompanhante. Para conforto do cliente, há uma poltrona e também um sofá para acomodação do acompanhante e também de visitas. O ambiente descrito contribui para confirmar a preocupação com a humanização do atendimento, pois a “hotelaria deve trazer cor, iluminação, tranquilidade, (...) que proporcionem ao cliente uma recuperação “menos desgastante e traumatizante”¹⁸⁵.

De acordo com os objetivos deste trabalho, buscou-se observar e analisar como os serviços de enfermagem e de hotelaria contribuem para a humanização e hospitalidade do ambiente hospitalar do cliente internado, por meio do acompanhamento do processo que envolve o acolhimento ao cliente.

Desde a recepção, observou-se que o pessoal que recebe o cliente é treinado para fazer um acolhimento cordial e que transmita segurança, conseguindo priorizar os casos que requeiram atendimento imediato. Observou-se também que

185 GODOI, F. A. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2004, 2003. p. 42.

existe entrosamento entre o pessoal de segurança, recepção e o enfermeiro que faz a triagem, o que facilita o atendimento, pois eles trabalham em conjunto e com harmonia. Essa situação está de acordo com o comentário do supervisor de hotelaria: para que “possam acolher bem os clientes” existe um “ótimo relacionamento desses serviços com a hotelaria, o que facilita o trabalho e a recepção do cliente”.

O médico do PS esclareceu as dúvidas e demonstrou uma enorme paciência e compreensão quando o cliente, informado de que precisava ser hospitalizado, resistiu. Foi-lhe dado o tempo necessário para que absorvesse a informação e negociasse com a acompanhante para ser convencido, podendo-se observar que a diretoria clínica também orienta os seus profissionais com o objetivo de fazer o cliente se sentir bem-vindo, ou seja, acolhido. Por outro lado, o médico especialista que fez o atendimento durante a hospitalização também foi cordial, respeitando o cliente como um ser humano e não como mais um doente, explicando todas as possibilidades de tratamento relativas ao seu caso e esclarecendo as suas dúvidas.

Os profissionais de enfermagem do PS foram competentes e atenciosos. Mesmo durante a exasperante espera pela autorização da internação pelo convênio, houve a preocupação dos profissionais do setor em manter o cliente informado do andamento do processo e da impossibilidade de agilizá-lo, porque independe do hospital e sim do convênio, que demora muito para autorizar a internação.

Ao chegar à unidade de internação, o cliente foi imediatamente recebido pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem que iriam cuidá-lo naquele período. Eles se apresentaram, dizendo os seus nomes e também identificaram o cliente pelo nome. Esses profissionais apresentaram os equipamentos ao cliente, ou seja, a campainha para chamar a enfermagem, a maneira de movimentar a cama e ligar a televisão, o local do banheiro e do frigobar. Explicaram também os procedimentos que seriam realizados de acordo com a prescrição médica e de enfermagem, o que proporcionou segurança ao cliente e a sua acompanhante, que souberam antecipadamente o que poderia ocorrer, tendo a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas. Essa atitude dos profissionais de enfermagem demonstrou que foram treinados visando ao bom acolhimento do cliente, coincidindo com o que a gerente de enfermagem havia informado na entrevista: “há treinamento para o acolhimento do cliente, para facilitar o vínculo com o cliente”, o que pode servir para demonstrar

a preocupação com a humanização do atendimento, indo ao encontro do foi citado anteriormente: “A humanização se realiza e acontece nas relações interpessoais”¹⁸⁶, significando que não bastam a competência dos profissionais e a tecnologia, sendo necessário que a interação profissional/cliente, ou seja, a atitude do profissional leve o cliente a perceber que está sendo bem-acolhido.

O processo de informação ocorreu em todas as situações de tratamento e cuidados, sendo realizado por todos os profissionais que deram atendimento, ou seja, médicos, enfermagem (enfermeiros e técnicos), copeiras, nutricionista e o pessoal da limpeza, o que confirma as palavras da gerente de enfermagem — “o que se quer é que a enfermagem saiba usar a técnica e a ciência, mas seja humanizada” — e também o que foi dito pelo supervisor de hotelaria: “tratamento impessoal, frio, não faz aproximação entre os clientes e os funcionários”.

Pode-se perceber, desse modo, que a comunicação é bidirecional e que as leis que se referem aos direitos do cliente (Código de Defesa do Consumidor, Lei 10.241/99, *op. cit.*) foram cumpridas, pois a informação compreensível para o cliente sobre toda a sua situação de saúde foi dada pelos profissionais, tanto médicos como enfermeiras e técnicos de enfermagem, criando-se uma relação empática e participativa.

Quanto aos aspectos relacionados diretamente à hotelaria, como o serviço de limpeza, fornecimento de roupa e alimentação, observou-se uma certa dificuldade de entrosamento com a enfermagem. Como o contato do cliente internado com qualquer serviço do hospital é por meio da enfermagem, espera-se que o serviço acionado pela enfermagem, a pedido do cliente, seja ágil em sua resposta, o que nem sempre ocorreu. Houve muita demora quando um travesseiro foi solicitado, sendo necessário que a enfermagem pedisse algumas vezes ao pessoal da rouparia para, finalmente, ser atendida. Pode ter razão o supervisor de hotelaria quando diz “esperamos que, com treinamento, esse serviço venha a preencher as expectativas”.

Algumas situações observadas, tanto as positivas, como as que poderiam ser melhoradas, permitem considerações relativas aos aspectos que se referem à hospitalidade, ou seja, às condições relacionadas ao acolhimento do cliente visando agregá-lo ao ambiente de forma a ajudá-lo a sentir-se bem-vindo, confortável e seguro.

186 MEZZOMO, A. et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003,p. 26.

Já no momento da internação foi entregue ao acompanhante um kit constituído por uma pequena *nécessaire*, com o logotipo do hospital, contendo artigos de higiene pessoal: escova e pasta dental, xampu e condicionador, aparelho de barbear descartável e pente, ficando demonstrada a preocupação com o conforto do cliente.

A limpeza do quarto e banheiro é feita de maneira que o cliente perceba que o ambiente foi higienizado e é feita de maneira a minimizar os riscos, pois havia sempre avisos de chão molhado, por exemplo, não só no apartamento, como também nos corredores. As toalhas de banho são pequenas e pouco felpudas; não há nenhum tapete atalhado ou antiderrapante no banheiro, obrigando o cliente, ao sair do chuveiro, a pisar diretamente no chão ou piso frio, o que causou desconforto e aumentou risco de queda.

As refeições são servidas cinco vezes ao dia, café da manhã entre 7h30 e 8h00; almoço, por volta de meio-dia; jantar, por volta das 19h00; chá da tarde em torno de 14h00 e o chá da noite, em torno de 20h00. Se o cliente precisar se alimentar fora dos horários de rotina, isto é facilmente providenciado.

É necessário ressaltar que, ainda em muitos hospitais, o horário das refeições não leva em consideração o cliente e sim o horário do serviço de copa, sendo o almoço servido entre 11h00 e 11h30 da manhã e o jantar por volta das 17 horas. Para o cliente, esse horário não é o seu habitual de refeição e muitas vezes ele nem se alimenta porque ainda não está com fome. Quando o foco do hospital é o cliente, os seus hábitos precisam ser levados em consideração, não sendo a hospitalização o motivo de mudanças em seu ritmo de refeições, a não ser devido ao seu tratamento.

A nutricionista visita o cliente para conhecer os gostos alimentares e suas restrições pessoais; observou-se que este profissional tem horários específicos para visitar o cliente e, dependendo do horário da internação, as primeiras refeições são servidas antes de sua visita, o que pode levar o cliente a ser servido de alimentos que não são de sua preferência. Talvez essa questão de horário tenha levado a uma situação de dificuldade com o cliente acompanhado, o que pode coincidir com a afirmação da gerente de enfermagem de que “antes da terceirização era melhor o atendimento”.

O cliente acompanhado pela pesquisadora ficara em jejum por mais de 24 horas e, quando veio a primeira refeição, no horário de almoço, foi servida uma

alimentação que ele não gostava de comer. Como a nutricionista ainda não havia feito a visita para se inteirar dos hábitos alimentares, foi necessária uma firme reclamação feita para a cozeira que servia, solicitando que a nutricionista viesse ao quarto. É importante ressaltar que, após esse fato, não houve mais nenhum problema quanto à alimentação.

Todos os apartamentos dispõem de um frigobar, embora vazio, mas que pode ser usado pelo cliente e acompanhante, porém não existe água à disposição no momento da internação, sendo necessário solicitar ao serviço de copa, o que é feito pedindo-se ao pessoal de enfermagem. Aqui, também houve uma grande demora, sendo necessária a intervenção da acompanhante do paciente para conseguir ser atendida pelo pessoal da copa.

O que foi possível observar em relação ao acolhimento do cliente é condizente com a afirmação já citada: o acolhimento “é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique a relação profissional de saúde e cliente; acolher é mobilizar afetos”¹⁸⁷. Nessas condições, o acolhimento torna-se um desafio, visto que ocorrerá entre pessoas que não se conhecem.

Como o acolhimento no hospital não se realiza em um ambiente doméstico, o que se busca é que o cliente perceba que está sendo recebido de forma hospitaleira pelos profissionais daquela organização.

Esse acolhimento humanizado requer que todos os profissionais estejam comprometidos com essa idéia e desenvolvam sua sensibilidade para conhecer a realidade do cliente, tentando encontrar junto com ele estratégias que facilitem a aceitação e compreensão da doença e do ambiente hospitalar.

Como observadora e, ao mesmo tempo, cliente, o que foi vivenciado envolveu emoção e mobilização de afetos, o que facilitou a percepção da hospitalidade proporcionada pelos diversos serviços do hospital. A situação vivida foi muito enriquecedora, contribuindo para o alcance dos objetivos da pesquisa.

187 SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 65.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reverendo os objetivos desta pesquisa, pode-se perceber que foram alcançados e as considerações a seguir ilustrarão melhor essa afirmação.

O objetivo geral proposto foi analisar a relação entre o serviço de enfermagem o hoteleiro e a possível contribuição na prestação de uma assistência humanizada e hospitaleira ao cliente. Esse objetivo foi alcançado porque na pesquisa realizada foi possível perceber a existência da parceria entre os dois serviços.

A gerente de enfermagem comentou: “Somos parceiros, pois um serviço contribui com o outro para acolher bem o cliente”. Já o supervisor de hotelaria foi bastante incisivo: “existe uma parceria formatada com a enfermagem. A enfermagem é a referência para o paciente e é essa parceria que permite superar as dificuldades”. Segundo a gerente administrativa, “o resultado final disso tudo é o valor agregado, a satisfação do cliente, não no sentido comum do termo, mas o sentido de fidelização do cliente”.

Essas afirmações vêm ao encontro do que foi referido anteriormente, quanto à necessidade de um serviço diferenciado, que agregue valor ao cliente, isto é, torna-se necessário investir em serviços que envolvam “valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”¹⁸⁸.

Algumas opiniões dos entrevistados confirmam a relação entre essa parceria e a humanização da assistência. “Se não houver o perfeito entrosamento entre essas áreas”, a prestação da assistência “poderá não ser hospitaleira e humanizada”.

Por outro lado, pode-se considerar o parecer da gerente administrativa como decisivo para confirmar esse objetivo: “Sim, existe parceria entre a hotelaria e a enfermagem aqui no Hospital “X”. O serviço de enfermagem, juntamente com a hotelaria, transcenderam o conceito puramente de assistência ao paciente, evoluindo para o verdadeiro acolhimento ao paciente. As ações integradas das áreas, começam no momento em que o paciente chega, passa pela internação, vai

188 CAMARGO, L. O. de. Turismo, hotelaria e hospitalidade. In: DIAS, C. M. (Org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Magnole, 2002, p. 8.

para o leito, para o centro cirúrgico, volta para o leito, recebe alta médica e administrativa, enfim, até sua saída do hospital. Em cada uma dessas etapas, as áreas obrigatoriamente devem falar a mesma linguagem e a visão deve estar voltada para um só objetivo, o de proporcionar um serviço com qualidade, humanizado e efetivamente resolutivo. O resultado final disso tudo é o valor agregado, a satisfação do cliente, não no sentido comum do termo, mas o sentido de fidelização do cliente”.

Quanto aos objetivos específicos propostos, torna-se importante fazer alguns comentários:

Quanto ao primeiro objetivo proposto, identificar se existe relação entre hotelaria hospitalar e enfermagem na humanização da assistência, pode-se afirmar que, conforme já exposto neste trabalho, “a humanização se realiza e acontece nas relações interpessoais”¹⁸⁹, significando que não bastam a competência dos profissionais e a tecnologia, sendo necessária a interação profissional/cliente, ou seja, é importante que a atitude do profissional leve o cliente a sentir que está sendo bem-acolhido.

Durante a observação participante no Hospital “X”, foi possível perceber facilidade de comunicação e interesse advinda dos profissionais, o que propiciou ao cliente e à sua acompanhante uma sensação de conforto. Também o próprio ambiente físico e o clima de tranquilidade transmitido pela equipe reforçaram essa sensação.

Quanto ao segundo objetivo, identificar pontos de estrangulamento na relação enfermagem/hotelaria hospitalar, considera-se que alguns pontos de estrangulamento na relação enfermagem/hotelaria puderam ser observados quando da observação participante, tais como a demora do cliente em conseguir água e um travesseiro. A enfermagem não podia resolver esses problemas porque eram da responsabilidade, respectivamente, do serviço de nutrição e da rouparia, embora insistisse para a sua solução.

Observou-se que a gerente de enfermagem percebe mais fortemente que o setor de hotelaria a existência desses estrangulamentos, ao fazer os seguintes comentários: a hotelaria “está progredindo”. A existência de camareiras somente no sétimo andar “cria atritos com a hotelaria”. Enquanto que o supervisor de hotelaria relata que “as dificuldades são superadas pela parceria”.

189 MEZZOMO, A. et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003,p. 26.

Quanto ao terceiro objetivo, analisar a autonomia da enfermagem na solução de problemas relativos ao acolhimento do cliente, observa-se que o organograma do Hospital “X” demonstra, pelo seu desenho, que a gerência de enfermagem tem mais autonomia para solucionar seus problemas, pois se reporta diretamente à diretoria técnica, ao contrário do setor de hotelaria, que fica na linha de média gerência, com o cargo de supervisor, reportando-se à gerência administrativa.

A posição da gerência de enfermagem na estrutura organizacional facilita a tomada de decisão em relação ao acolhimento dos clientes, no que se refere a várias situações. Essa gerência tem um orçamento próprio, cuja previsão é feita anualmente pela gerente e suas coordenadoras e aprovada pela diretoria, o que permite “autonomia para comprar equipamentos e materiais que facilitem o atendimento ao cliente”, segundo declarou a gerente por ocasião da entrevista.

Além disso, a partir desse orçamento, ela pode fazer o dimensionamento do pessoal de enfermagem compatível com as necessidades do hospital e dos clientes, facilitando o acolhimento e a humanização, “pois quando o pessoal de enfermagem é insuficiente não dá para humanizar”, referindo-se não só em relação ao paciente, como também ao cliente interno.

Também ficou visível a sua capacidade de liderança porque na entrevista ela demonstrou com clareza o propósito de seu serviço, além de visão de futuro ao comentar como faz o planejamento, contando inclusive com uma supervisora de planejamento e controle, que acompanha o desenvolvimento das metas estabelecidas.

Seus valores são compatíveis com a missão do hospital, pois o seu interesse pelo bem-estar do cliente externo e também do colaborador é visível, demonstrado nas falas: “o acolhimento é bom e é o que mais se procura fazer na enfermagem”. As coordenadoras gerenciam “o negócio, embora o foco seja o bem-estar do cliente”.

Apesar das diferenças hierárquicas na estrutura organizacional, percebeu-se, não só na observação participante como também durante as entrevistas, que o entrosamento existente entre os serviços de hotelaria e enfermagem independe dos cargos. Isso pode ser atribuído aos interesses em comum dos profissionais dessas áreas em buscar acolher o cliente de maneira hospitaleira.

Por outro lado, a própria missão do hospital, que é “Promover a saúde, contribuindo para o bem-estar de nossos clientes através da gestão e produção de serviços médicos e hospitalares com qualidade, praticando a melhor relação custo/benefício”, direciona todos os profissionais e, talvez mais fortemente, a enfermagem e hotelaria, pois são serviços que estão presentes 24h do hospital, a contribuir para “o bem-estar dos clientes”. No caso do hospital pesquisado há também um plantão médico para dar cobertura às necessidades do cliente nas 24 horas, o que reforça o cumprimento da missão proposta.

Retomando o enunciado do problema que questionava “de que maneira a enfermagem e os serviços de hotelaria contribuem para a hospitalidade e a humanização do ambiente hospitalar” e as hipóteses levantadas, verificou-se, à luz da pesquisa realizada, que podem ser estabelecidas as seguintes considerações:

De acordo com a primeira hipótese, a Hospitalidade no ambiente hospitalar pressupõe uma parceria entre enfermagem e hotelaria. Verificou-se esta hipótese nas entrevistas realizadas no Hospital “X”, nas quais os três entrevistados relataram a existência dessa parceria, um deles destacou que a mesma que agrega valor ao cliente: “Na realidade não é possível proporcionar um atendimento completo, de qualidade, se não houver o perfeito entrosamento entre essas áreas... O resultado final disso tudo é o valor agregado, a satisfação do cliente, não no sentido comum do termo, mas o sentido de fidelização do cliente”.

Durante a observação participante foi possível perceber essa parceria em algumas situações. A escolha do apartamento foi feita em comum acordo entre o supervisor de hotelaria e a gerente de enfermagem. Já no apartamento, observou-se que a funcionária da limpeza perguntava ao paciente se aquele momento era o mais adequado para ele e só fazia o seu trabalho com a sua autorização; por outro lado, se a enfermagem estava fazendo algum procedimento, a limpeza do quarto era adiada, o que demonstra uma sintonia entre esses dois serviços.

Além disso, as declarações dos entrevistados confirmam essa hipótese. O supervisor de hotelaria, afirmando que existe “uma parceria formatada com a enfermagem. A enfermagem é a referência para o paciente e é essa parceria que permite superar as dificuldades”. Por sua vez, a gerente de enfermagem confirmou dizendo: “Somos parceiros, pois um serviço contribui com o outro para acolher bem o cliente”. A gerente administrativa também confirmou a existência da parceria, declarando: “Sim, existe parceria entre a hotelaria e a enfermagem aqui no Hospital

“X”. O serviço de enfermagem, juntamente com a hotelaria transcenderam o conceito puramente de assistência ao paciente, evoluindo para o verdadeiro acolhimento ao paciente”.

Entretanto, é importante ressaltar que, conforme o exposto, algumas dessas afirmações obtidas nas entrevistas não ficaram tão evidentes, pois houve dificuldades no atendimento ao cliente, no que se refere ao serviço de nutrição, rouparia e copa conforme descrito anteriormente: a nutricionista precisou ser chamada para solucionar o problema da primeira refeição do cliente, que foi servida com alimentos que o cliente não gostava de comer. Houve também dificuldades em se obter um travesseiro e água para o cliente no dia da sua internação.

Quanto à a segunda hipótese, o hospital, para ser hospitaleiro com seus clientes externos, reconhece que seus colaboradores/clientes internos são o principal fator da hospitalidade. Essa hipótese foi constatada tanto na fala dos entrevistados e na observação participante.

O supervisor de hotelaria e a gerente de enfermagem confirmaram a necessidade de acolhimento do cliente interno como fator de hospitalidade

Durante a observação participante observou-se um fácil relacionamento entre as enfermeiras e os profissionais de nível médio da equipe de enfermagem. Por ocasião de procedimentos mais complexos, ambos trabalhavam em harmonia, cada um fazendo o que lhe competia, em um clima de respeito e, ao mesmo tempo, de familiaridade. Todos demonstraram trabalharem satisfeitos, pois o interesse em cuidar do cliente pareceu genuíno.

Nesse contexto, torna-se possível fazer uma reflexão sobre a dádiva, pois embora a relação cliente e profissionais envolvesse o aspecto comercial, ocorreu a interação entre eles. Se a dádiva é “nada mais do que o sistema de relações sociais de pessoa a pessoa”¹⁹⁰ e o profissional de enfermagem e o de hotelaria buscam atender as necessidades do cliente hospitalizado, mesmo sendo esse cliente um desconhecido e exista uma remuneração pelo trabalho, pode-se considerar que o espírito da dádiva permeou a assistência prestada. Pode-se então considerar que houve uma aliança terapêutica resultante do vínculo profissional/cliente.

Sabe-se que somente pessoas satisfeitas com o que fazem é que conseguem acolher o cliente de forma humanizada e hospitaleira. Esta situação só será possível se houver um processo contínuo e persistente de educação, para

190 Ibidem, p. 27.

“facilitar a aquisição de novos conhecimentos e conceitos”¹⁹¹, o que ocorreu no hospital pesquisado e que foi amplamente citado pelo supervisor de hotelaria e pela gerente de enfermagem.

Vale citar um comentário realizado por uma técnica de enfermagem e que reforça a existência de treinamento. Quando questionada pela pesquisadora porque realizava um determinado procedimento de enfermagem, respondeu que tinha de levar em consideração a questão de custos, ao lado da preocupação com o conforto do paciente. Essa resposta só seria possível com a existência de um programa de treinamento contínuo e de qualidade, porque o questionamento feito não tinha relação alguma com o programa de formação de técnico de enfermagem, conhecido pela pesquisadora.

Outra questão a ser discutida em relação à humanização do atendimento prestado refere-se aos comentários feitos pelo supervisor de hotelaria e pela gerente de enfermagem sobre a atitude do diretor clínico.

O mundo globalizado reforça a necessidade das organizações buscarem acompanhar as mudanças para que consigam permanecer competitivas e o hospital, sendo um sistema aberto onde as pessoas fazem trocas entre si, relacionam-se e trabalham, é um ambiente de cuidado e não é isolado do macroambiente (o próprio mundo)¹⁹². Portanto, o que se preconiza é um trabalho em equipe, com a valorização de todas as pessoas que contribuem com o seu talento para o sucesso da organização, sem que haja domínio de um profissional sobre o outro, mas sim uma interdependência resultante da necessidade da somatória de conhecimentos.

Conforme já comentado, muitos hospitais, “pela sua própria razão histórica são ainda instituições autoritárias e fortemente alicerçadas em rotinas e normas”¹⁹³.

No caso do hospital pesquisado pode-se observar que o modelo de gestão é participativo, os profissionais envolvidos podem opinar sobre diversas questões e a comunicação parece ocorrer em todas as direções e com transparência, o que corrobora com a importância dada pelos entrevistados ao papel do diretor clínico e à sua maneira de agir, facilitando a comunicação entre as diversas chefias e os médicos que prestam serviço.

191 MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional.** *Op. cit.*, 2003. p. 25.

192 FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios.** São Paulo: Difusão, 2003, p. 108.

193 AZENHA; FREITAS. Mantendo pessoas em hospitais através do aprender a trabalhar com qualidade total e qualidade de vida. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004, p.143.

Nas entrevistas também se observou a preocupação com resultados, pois foi valorizada por todos eles a questão do desenvolvimento dos profissionais como fator mais importante para que acolham os clientes externos de maneira profissional e hospitaleira. O supervisor de hotelaria reiterou diversas vezes a necessidade de treinamento: “Todos os profissionais são muito bem treinados para observar as diferenças nos clientes e ter um bom relacionamento com todos os setores”; “esperamos que, com treinamento, esse serviço venha a preencher as expectativas”, referindo-se ao pessoal de limpeza.

Também a gerente de enfermagem não só valorizou os resultados, pois acompanha de perto a consecução das metas, como tem uma supervisora voltada exclusivamente para a educação continuada dos profissionais de enfermagem.

Considerando-se a primeira hipótese, hospitalidade pressupõe parceria entre enfermagem hotelaria hospitalar, como também a segunda, que se refere ao cliente interno como o principal fator da hospitalidade, percebe-se a necessidade da continuidade de uma pesquisa quantitativa com critérios mais amplos, para confirmar ou refutar, de maneira conclusiva, as afirmações feitas nas referidas hipóteses.

Naturalmente, numa pesquisa como esta, com um tema relativamente novo e amplo, outros aspectos que se referem à hospitalidade poderiam ser considerados, tal como o impacto do uso de novas tecnologias de comunicação, como a Internet, entre outros, que podem eventualmente gerar comportamentos diferentes no cliente interno e, principalmente, no cliente externo. Nesse caso, poderiam influenciar a tomada de decisão sobre a escolha do hospital e o questionamento sobre seu tratamento.

Ao buscar referências bibliográficas em periódicos e teses sobre o tema desta pesquisa, envolvendo os anos de 2000 a 2004, em universidades brasileiras com foco em saúde e administração, confirmou-se o quanto ainda é novo e pouco pesquisado o tema “hospitalidade e hotelaria hospitalar”, o que pressupõe a necessidade de sua produção.

Esse fato também pode comprovar que pesquisas sobre hospitalidade e hotelaria hospitalar são necessárias, ficando como sugestão para uma pesquisa futura o tema referido sobre o impacto da comunicação através das novas tecnologias nessa área.

Por outro lado, como esta pesquisa foi realizada em hospital privado, foi focado apenas o aspecto empresarial das organizações de saúde, esperando-se que outros pesquisadores busquem na vertente pública e filantrópica do atendimento à saúde as questões relativas à hotelaria e hospitalidade.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência**. São Paulo: Loyola, 2000.
- ALMEIDA, L. G. **Gestão de processos e a gestão estratégica**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.
- ALMEIDA, Maria C. P.; ROCHA, S. M. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, Maria C. P.; ROCHA, S. M. (Orgs.) **O trabalho na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- AURÉLIO. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- APM SUS. **O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- AZENHA; FREITAS. Mantendo pessoas em hospitais através do aprender a trabalhar com qualidade total e qualidade de vida. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.
- BAPTISTA, I. Lugares de hospitalidade. In: GRINOVER, L. Hospitalidade, um tema a ser reestudado e pesquisado. In: DIAS, C. M. (Org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002, p.
- BASSI, M. A. **Florence Nightingale, a dama da lâmpada**. São José dos Campos, SP: Fundação E. E. W. Johnson, 1999.
- BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.
- BLAY, E. A. **Gênero na Universidade**. *Rev. Educação em Revista*. UNESP. Univ. de Marília, n. 3, 2002, 73-78. Disponível em: http://www.usp.br/nemge/genero_usp.pdf. Acesso em: 5/9/04.
- BOEGER, M. **Gestão de hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BORBA, V. R. **Marketing hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.
- BOWER, FAY L. **Nurses Taking the Lead**. USA: W. B. Saunders Company, 2000.
- BRESSAN, F. **O método do estudo de caso**. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm>. Acesso em 15/11/2004.
- BRASIL. **Constituição Federal. 1998**. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm>>. Acesso em 10/4/04.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual PNAHAH**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza_SUS/Manual_%20Politica_Humanizacao.doc>. Acesso em 19/10/2004.

BRASIL. **LEI 8080/90**. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html>. Acesso 23/2/2005.

CABRERA, L. C. Q. Visões tradicionais e modernas de empresa, trabalho e pessoas. In: BOOG, G.; BOOG, M. (Coords.). **Manual de gestão de pessoas e equipes**. São Paulo: Gente, 2002.

CAMARGO, L. O. de. Turismo, hotelaria e hospitalidade. In: DIAS (Org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002, p. 1-23.

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

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: ABEn, 1976.

CHERUBIN, 1998, *apud* SOUZA; BAÍÁ. Gestão de pessoas em administração hospitalar. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Principais legislações. São Paulo: COREN-SP, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-272-2002**. Disponível em: <www.corensp.org.br>. Acesso em 2/8/2004.

DENCKER, A.; DE VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. 2ed. São Paulo: Futura, 2001.

DIAS, Maria Antonia de Andrade. Hotelaria Hospitalar e sua relação com a preservação do meio ambiente. In: **Mundo saúde** (1995), 27(4): 609-11, out.-dez 2003. (Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 05/02/05.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002.

FELDMAN, 2001, p. 74 *apud* MEZZOMO et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional**. *Op. cit.*, 2003.

FERREIRA, A. A. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias**. São Paulo: Pioneira, 1997.

FLEURY, 1995, p. 32, *apud* DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FIGUEIREDO, N. et al. O ambiente do cliente: atendendo necessidades e desejos. In: FIGUEIREDO, N. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 107-126.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GALVANI, F. M. Desenvolvendo pessoas em hospitais. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GEOVANINI et al. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GODOI, F. A. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2004.

GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; McKEE, A. **O poder da inteligência emocional; a experiência de liderar com sensibilidade e eficácia**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

GOTMAN, 2001, p. 493, *apud* WADA. E. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, A.; BUENO, M. (Orgs.). **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

GRINOVER, L. Hospitalidade, um tema a ser reestudado e pesquisado. In: DIAS, C. M. (Org). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002, p. 25-36.

GUIMARÃES, R. Por que RH e marketing devem continuar de mãos dadas? In: BOOG, M.; BOOG, G. (Coords.). **Tempo de convergir**. São Paulo: Gente, 2003.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 8ed. Rio de Janeiro: LJO, 1977.

HOUAISS, A. **Houaiss. Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

LASHLEY. Towards a theoretical understanding. In: LASHLEY; MORRISON. **In search of hospitality**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000.

LASHLEY; MORRISON. **In search of hospitality – theoretical perspectives and debates**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000.

LIMA, L. **Teoria da relatividade aplicada à administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

MARRAS, J. P. **Administração de Recursos humanos**. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MELLO, A. L. A diferença entre cultura e clima. São Paulo: **Jornal Carreira e Sucesso**, 140ed., 2001.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2002.

MEZZOMO, C. et alli. **Fundamentos da humanização hospitalar**. Uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

MEYER. A formação da enfermeira na perspectiva de gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW; LOPES; MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 63-78.

MORAES, A. M. P. de. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001.

MOREIRA; NASCIMENTO; FIGUEIREDO. A morte como interesse individual e de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Difusão, 2003, p. 489-499.

MOTTA, 1979, p. 74, *apud* DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002.

NEVES, C. Conversas, o segredo da liderança. **Revista T&D**, ano IX, 99ed., mar./01, p. 6-9.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA; ALESSI. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, maio/jun. 2003, ano n. 11, v. 3, 2003, p. 334-40.

OPAS. Disponível em:
<http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/acreditacao_03.asp>. Acesso em 23/2/2005.

PADRÓN, A. D. El desarrollo empresarial del hospital. In: LONDOÑO, MORERA; LAVERDE. **Administración hospitalaria**. 2ed. Uruguay: Libermed Verlag S. A., 2000.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PORTER, M. **Vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

ROBBINS, S. P. **Organizational behavior**. N. Jersey: Prentice Hall, 2001.

ROSSO, F. **Gestão ou indigestão de pessoas?** São Paulo: Loyola, 2003.

SAUPE, R. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: EDUSC, 1998.

SELWYN, T. An anthropology of hospitality. In: LASHLEY; MORRISON. **In search of hospitality – theoretical perspectives and debates**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000, p. 19-37.

SIQUEIRA; PIZZINATTO; SPERS. **Administração: evolução, desafios, tendências**. São Paulo: Cobra, 2001.

SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: FIGUEIREDO, M. A. et alli. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 65-70.

SOUZA; BAÍA. Gestão de pessoas em administração hospitalar. In: BERTELLI. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

SILVA, A. L. O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW; LOPES; MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 41-59.

SILVA, G. B. da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, S. C. A visão da Enfermagem frente a novos paradigmas: reflexão teórica. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 2, n. 13, jun. 1999, p. 17-19.

TAJRA; SANTOS. **Tecnologias organizacionais em saúde**. São Paulo: Iátria, 2003.

TRIVIÑO, H. G. Organización estructural y funcional. In: LONDOÑO, MORERA; LAVERDE. **Administración hospitalaria**. 2ed. Uruguay: Libermed Verlag S. A., 2000.

VASCONCELOS, E. P. Planejamento e implantação de um processo de hotelaria hospitalar. In: TORRES; LISBOA. **Limpeza e higiene. Lavanderia hospitalar**. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2005.

WADA, E. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, A.; BUENO (Orgs.). **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003. p. 61-71.

WALDOW; LOPES; MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

YER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY. **Processo e diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

ANEXO 1 — Roteiro de entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

As questões levantadas durante as entrevistas orais, gravadas com os três funcionários do Hospital “X” — supervisor de hotelaria, gerente de enfermagem e gerente administrativo — partiram do conceito de Hospitalidade para entender como as parcerias entre os serviços são vistas pelos entrevistados.

Hospitalidade - maneira de acolher o cliente, buscando fazê-lo sentir-se bem-vindo, confortável, seguro e tendo suas necessidades e, sempre que possível, os seus desejos, satisfeitos. Nesta perspectiva, você considera acolhimento como sinônimo de hospitalidade?

Questionário:

- 1 Cargo do entrevistado e sua posição na estrutura do hospital
- 2 De acordo com o conceito apresentado, você acha que a enfermagem/hotelaria hospitalar se preocupa com hospitalidade? Justifique.
- 3 Como é a estrutura organizacional do seu serviço, linhas de comando, relacionamento com serviços de hotelaria/enfermagem e quais são eles. Qual o número de leitos, convênios e quais as diferenças no acolhimento em relação aos convênios?
- 4 Existe uma parceria enfermagem/hotelaria ou é difícil essa relação? Se existe parceria, agrega ou não valor ao cliente? Explique
- 5 A seleção e treinamento de pessoal visa hospitalidade e/ou hotelaria?

6 Existe preocupação com a humanização da assistência? Se sim, de que maneira? O que você considera humanizar a assistência? Você acha que humanizar e ser hospitaleiro são sinônimos?

7 Existe a preocupação com a motivação do cliente interno? Por quê? Você acha que interfere na hospitalidade?

8 O hospital é um só negócio ou também há preocupação com a humanização?

9 Existem outros serviços prestados pela hotelaria? Quais os serviços diferenciados? Eles agregam valor ao produto?