



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA
GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
EM SAÚDE - ICICT

ANÁLISE DE PRÁTICAS E POTENCIALIDADES DA HOTELARIA NO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

ILARIO CAUBI FRAGA DE ANDRADE

DENISE HELENA BARBOSA TOLENTINO

PORTO ALEGRE

2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



ILARIO CAUBI FRAGA DE ANDRADE

ANÁLISE DE PRÁTICAS E POTENCIALIDADES DA HOTELARIA NO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

Projeto de pesquisa apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof.^a Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino

Porto Alegre

2016

ILARIO CAUBI FRAGA DE ANDRADE

ANÁLISE DE PRÁTICAS E POTENCIALIDADES DA HOTELARIA NO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

Este projeto de pesquisa apresentado foi julgado e aprovado para a obtenção de título de especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, 16 de dezembro de 2016.

Prof. Me. Daniel Klug

Coordenador do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS), Grupo Hospitalar Conceição/Fundação Oswaldo Cruz

Apresentada à banca examinadora integrada pelos professores:

Prof. Esp. José Matias Rizzotto

Grupo Hospitalar Conceição/Fundação Oswaldo Cruz

Orientador Prof.^a Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino

Grupo Hospitalar Conceição/Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTO

Ao arquiteto dos mundos Senhor meu Deus, pela vida e possibilidade de conhecer outras formas de pensar. A minha esposa Rosângela Horvath, que está sempre comigo apoiando meus projetos e minha filha amada Raquel Horvath de Andrade. A meu professor e coordenador Daniel Klug, pelo apoio nas horas difíceis em que sempre se mostrou ponderado e amigo. À minha orientadora professora Denise Helena Barbosa Tolentino, parceira que ajudou a viabilizar meu projeto em todos os momentos de maneira inteligente e focada nas premissas importantes. Aos meus colegas do curso que contribuíram de diversas formas para que eu agregasse conhecimento na área de saúde pública. A todos os Professores do GHC e os colaboradores do GEP, que facilitaram a realização da minha visita técnica no HNSC.

RESUMO

Introdução: O Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), nos últimos anos evoluiu de forma significativa no que tange tecnologias duras e processos de atendimento médico curativo, porém na área hotelaria hospitalar o assunto ainda é pouco discutido e por vezes os gestores desconhecem os processos da hotelaria, o que poderia fortalecer a imagem de um hospital com visão inovadora no sistema saúde pública. O presente trabalho contempla uma tentativa de desmistificar a hotelaria clássica e trazer informações para realidade da hotelaria hospitalar, que representa parte da ação curativa e reabilitação da saúde do paciente. O desafio é propor uma visão da hospitalidade com olhar humanizado para usuário. **Objetivo:** Conhecer os processos de hotelaria hospitalar praticados no Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo. **Resultados esperados:** Demonstrar alguns processos da administração em hotelaria e comparar com os modos da operação da hotelaria hospitalar para analisar os pontos fortes e fracos e dimensionar as ações para buscar o conceito da hotelaria. Também valorizar e sensibilizar os colaboradores para aderir uma nova forma de trabalho, valorizando as estruturas existentes e qualificando o equipamento hospitalar para atendimento da saúde pública.

Palavras-chave: Hotelaria Hospitalar. Processos. Gestão. Hospital Público.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Observações quanto às regulamentações de hospitalidade, de acordo com o Código de Hamurabi.....	16
Quadro 2 - Um exemplo de aplicação da ferramenta 5W2H.....	31
Quadro 3 - Análise SWOT.....	32
Quadro 4 - Serviços em comum (hotel e hospitalar) que podem ser adaptados à atividade hospitalar.....	34
Quadro 5 - Serviços de Hotelaria que podem ser implantados e adaptados à atividade Hospitalar.....	35
Quadro 6 - O cronograma traduz a organização temporal das ações que devem ser realizadas ao longo do projeto.....	54
Quadro 7 - Segunda Etapa do projeto Hotelaria Hospitalar no HNSC 2017 a realizar conforme aprovação.....	54
Quadro 8 - Previsão orçamentária para execução da pesquisa.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma de Governança.	19
Figura 2 - Alimentos e Bebidas A e B Organograma Hotelaria Clássica.	20
Figura 3 - Aumento dos processos judiciais e custo para erário Público	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A e B	Alimentos e Bebidas
AHPA	Associação dos Hospitais de Porto Alegre
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
DGP	Departamento-Geral do Pessoal
GEP	Gerência de Ensino Pesquisa
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GRSS	Regulação de Serviços de Saúde
HNSC	Hospital Nossa Senhora Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	Organização Internacional de Normalização
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNH	Política Nacional de Humanização
S/A	Sociedade Anônima
SIMERS	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UH	Unidades Habitacionais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 A HISTÓRIA DA HOTELARIA.....	15
3.1.1 Surgimento da Hotelaria	15
3.1.2 Hotelaria Hospitalar e SUS	20
3.2 HUMANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO EM SAÚDE	24
3.3 QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
3.3.1 O que se faz no Brasil com vistas à qualidade	28
3.3.2 Avaliação Externa e Interna da qualidade	29
3.4 CONCEITOS DOS PROCESSOS OPERACIONAL E ADMINISTRATIVOS.....	33
3.4.1 Conceito da Hotelaria Clássica e Hotelaria Hospitalar	33
3.5 HISTÓRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA CONCEIÇÃO.....	37
3.6 CARACTERÍSTICAS DOS SETORES DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	39
3.6.1 Central de Leitos do hospital	39
3.6.2 Recepção do hospital	40
3.6.3 Manutenção do hospital	42
3.6.4 Nutrição e Dietética do hospital.....	43
3.6.5 Setor de processamento de roupas.....	44
3.6.6 Setor de higienização do hospital.....	45
4 MÉTODOS	49
4.1 DELINEAMENTO	49
4.2 LOCAL.....	49
4.3 POPULAÇÃO	49
4.4 PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DADOS.....	50
4.4.1 Critérios de inclusão	50
4.4.2 Critérios de exclusão	51
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	51

4.6 PROCESSO DE OBTENÇÃO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	51
4.6.1 Riscos.....	52
4.6.2 Benefícios	52
5 CRONOGRAMA	54
6 ORÇAMENTO	55
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE- A INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	59
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	64
ANEXO A - NORMA HOTELARIA HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES MILITARES DE SAÚDE DO EXÉRCITO.....	68
ANEXO B - ORGANOGRAMA DO EXÉRCITO BRASILEIRO DO FUNCIONAMENTO DA HOTELARIA HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES MILITARES DE SAÚDE DO EXÉRCITO	70

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho será realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) situado no Município de Porto Alegre. O hospital não trabalha com conceito de hotelaria hospitalar, nesse contexto, a hotelaria hospitalar pode fortalecer a imagem prepositiva da imagem do HNSC no cenário nacional. Como uma entidade inovadora no ato de fazer gestão pública com os meios atualizados de gestão no tange hotelaria hospitalar. Dessa forma, dar um passo importante para qualificar a prestação de serviços hospitalares.

A hotelaria hospitalar ainda está em fase de desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no subsetor público. É um tema pouco discutido, pois as demandas prioritárias são outras, tais como o foco assistência direta ao paciente e produção assistencial. Entretanto, é um tema transversal a muitas áreas do hospital, pois envolve vários processos que fazem parte da assistência.

A hotelaria convencional, em princípio, remete algo relacionado ao luxo ou ao lazer, mas os mesmos processos de gestão e fluxo podem ser aplicáveis à hotelaria hospitalar. Neste sentido, o presente trabalho pretende analisar os processos praticados na hotelaria hospitalar pública de saúde e propor uma reengenharia dos processos, pois muito se fala da humanização na saúde, como uma questão central, porém verifica-se que a realidade do usuário do sistema na área hospitalar é um processo em construção pelo gestor da hotelaria hospitalar, tanto no setor público como no privado.

Verifica-se também que se discutem os mais variados meios informacionais, que o problema é gestão dos processos, questão da economia, estruturas deficientes, devido à crise na qual Brasil vem enfrentado. Nessa temática o projeto vem ao encontro com a proposta de utilização dos conceitos da hotelaria.

O conceito basilar da hotelaria é hospitalidade, segurança e conforto. Nesse contexto, o presente trabalho poderá abordar uma variável favorável para o usuário do sistema público de saúde, procurando identificar possibilidades de melhorias nos processos, de modo a qualificar os serviços executados pelos os colaboradores envolvidos e gerar satisfação, tanto para os trabalhadores que atuam nos processos quanto para os usuários e fornecedores do hospital.

A Hotelaria Hospitalar ganhou visibilidade a partir dos anos 90, gerando um

novo conceito de qualidade dos processos na área de saúde. Acredita-se que a gestão qualificada no setor de hotelaria hospitalar pode viabilizar bons resultados para os hospitais e, conseqüentemente, para o usuário do SUS. Portanto, a pesquisa tem objetivo buscar subsídios para agregar valor aos hospitais vinculados ao SUS no que diz respeito aos processos de hotelaria hospitalar.

Conforme Taraboulsi (2009), a hospitalidade está se transformando num parâmetro para a mensuração da qualidade de produtos, serviços e processos, pois, atualmente, além de estar voltada para arte de receptividade e generosidade, ela tem penetrado nos campos econômicos, culturais, sociais e políticos, no intuito de reinserir o indivíduo num contexto mais amplo, onde valores e virtudes necessitam ser resgatados e uma nova concepção do comércio e do público precisa ser introduzida para recuperar a prática da cortesia e acolhimento.

Para Castelli (2006, p. 1), a hospitalidade “é o ambiente amistoso, acolhedor, hospitaleiro de um hotel que se constitui em fator atrativo e decisivo para muitos viajantes”. A hospitalidade é considerada um importante insumo do produto hoteleiro. Daí a importância de tornar empolgantes todas as ações que envolvem o processo da hospitalidade.

Nesse sentido, a pesquisa pode fornecer uma base referencial sobre as possibilidades da implantação da hotelaria hospitalar, visando melhoria de processos e resultados para as organizações hospitalares. Dessa forma, o estudo pode agregar mais elementos para efetivar a humanização nos hospitais. Pois, o processo em todas as áreas vem se modificando e se qualificando para gerar resultados positivos, cada vez mais rapidamente, devido as Tecnologias da Informação (TI). A hotelaria hospitalar como processo de gestão no Brasil ainda está em processo de evolução por parte dos profissionais de saúde, porém a sua importância já é significativa em determinadas regiões, principalmente na cidade de São Paulo, que foi umas das primeiras a lançar o curso de pós-graduação na área de hotelaria hospitalar. Entretanto, ainda há pouco referencial teórico sobre hotelaria hospitalar no Brasil e ainda menos no SUS.

A pesquisa pode fornecer uma base referencial sobre as possibilidades da implantação da hotelaria hospitalar, visando melhoria de processos e resultados para organizações hospitalares; o estudo pode agregar mais elementos para efetivar a humanização nos hospitais.

Com base no que foi exposto, surge a seguinte questão: “Como a hotelaria

hospitalar é praticada no hospital Nossa Senhora da Conceição? ”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os processos de Hotelaria Hospitalar praticados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as práticas operacionais e administrativas relacionadas com setores de Central de Leitos, de Recepção, de Manutenção, de Nutrição e Dietética, de Processamento de Roupas e de Higienização Hospitalar;
- Identificar tendências e modelos organizacionais da hotelaria hospitalar;
- Realizar um comparativo funcional entre os principais setores de um hotel e seus equivalentes no hospital;
- Propor o conceito da hotelaria hospitalar para qualificar a visão da gestão dos serviços.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A HISTÓRIA DA HOTELARIA

A origem da hotelaria tem diversos vieses, porém em qualquer época o foco é o hóspede¹, oferecendo serviços de qualidade para agradar e suprir suas necessidades das pessoas com segurança e conforto. Seguindo tal premissa, a hotelaria hospitalar, além de conforto e segurança, também tem a relação curativa do usuário com o sistema de saúde. O que importa para o indivíduo que se encontra no setor hospitalar é sempre a cura de sua enfermidade, mas o hospital pode oferecer serviços de qualidade tanto na iniciativa privada como no serviço público. A prestação de serviço se qualifica com pessoas qualificadas e estruturas adequadas para melhor atender, em última análise, o hóspede. No caso do hospital, além da pessoa hospitalizada, também se deve focar no atendimento dos familiares.

Conforme Castelli (2001), a competência é pedra de toque da qualidade em serviços. Daí a importância do papel que cabe aos colaboradores. O sucesso da empresa está em suas mãos. São eles que oportunizam os momentos da verdade, principal ativo das empresas prestadores de serviços, é recursos humanos qualificado. Em vista disso, há necessidade de desenvolver as suas habilidades interativas, além das habilidades técnicas e gerenciais.

3.1.1 Surgimento da hotelaria

O surgimento da hotelaria começou na Europa e o conceito foi se expandindo para os demais continentes. Os processos de hospedar alguém são conhecidos hoje pela qualidade da prestação dos serviços ofertados ao consumidor como um diferencial.

Segundo Chon (2014, p.4), a indústria da hospitalidade surgiu em decorrência da necessidade de viajar a negócio muito tempo atrás, por volta de 3000 a.C. Os comerciantes Sumérios que viajavam de uma região à outra no reino da Mesopotâmia para vender grãos necessitavam de abrigo, comida e bebidas. Pessoas empreendedoras encontraram maneiras de satisfazer tais necessidades.

¹ Houaiss, Hóspede: indivíduo que se acomoda por tempo provisório em casa alheia, hotel albergue etc.

Como na Mesopotâmia, na China, no Egito e mais tarde em outras partes do mundo, as rotas de comércio se expandiram e os estabelecimentos de hospedagem prosperaram.

As primeiras Regulamentações da Indústria da Hospitalidade:

Quadro 1 - Observações quanto às regulamentações de hospitalidade, de acordo com o Código de Hamurabi.

<p>As primeiras regulamentações conhecidas da indústria são encontradas no código Hamurabi, durante o governo de Humabi no Antigo Império Babilônico, de 1772 a 1750 a.C., ele desenvolveu o que foi considerado um sábio e “justo código de leis”. O código obrigava os proprietários de tavernas a denunciar qualquer hóspede que planejasse um crime. O código também proibia adicionar água nas bebidas ou enganar quanto à dos e servida. A punição para esse crime era morte por afogamento. Na época do Império Romano, as normas tinham evoluído.</p> <p>Por exemplo: a mulher de um dono de hospedaria não poderia ser punida por desobedecer às leis contra o adultério; os donos de hospedaria não podiam servir ao exército porque era um serviço nobre; e os donos de hospedaria ter guarda de menores de idade.</p>	<p>Algumas vezes, as regras eram instituídas pelos donos de tavernas.</p> <p>No século XVI, na Inglaterra, havia leis como: não era permitido mais de cinco pessoas na mesma cama; não era permitido deitar de botas na cama; não era permitido acolher nenhum amolador ou construtor de lâminas; era proibida a presença de cachorros na cozinha; tocadores de realejo tinham de dormir nos sanitários. Apesar de algumas normas parecem absurdas, as primeiras regulamentações ajudaram no desenvolvimento da indústria a algumas permanecem até hoje.</p>
---	--

Fonte: Adaptada segundo Chon (2014, p. 4).

Ainda conforme Powers e Barrows (2004, p.24), as pessoas, normalmente, ao pensarem sobre o setor de hospitalidade consideram hotéis e restaurantes. Entretanto, o verdadeiro significado de hospitalidade é de escopo muito mais amplo. Hospitalidade significa “recepção e entretenimento de hóspedes, visitantes ou estrangeiros, com liberalidade e boa vontade”. A palavra hospitalidade, em inglês, é derivada de *hospice* (hospital), termo que significa uma casa medieval destinada ao repouso de viajantes e peregrinos e, também, se refere a uma forma antiga do que se conhece como casa de tratamento de saúde.

Como se observa nos dias atuais a hotelaria modernizou-se, assim como outros ramos empresariais, sejam públicos ou privados, pois as demandas são cada vez mais urgentes e necessárias para o conforto e segurança, tanto dos clientes externos como internos da empresa. A evolução é uma premissa da sociedade

contemporânea, a informação e processos de gestão evoluem em todas as esferas da sociedade de uma forma linear ou por imposição de mercado consumidor.

Ainda conforme Castelli (2003), “todas as pessoas engajadas na organização prestam de alguma forma, algum tipo de serviço. Todas possuem clientes que podem ser externos (aquele que paga conta) ou internos (aquele que executam os serviços)” (CASTELLI, 2003, p. 123).

Tal contexto sinaliza que todas as pessoas são prestadoras de serviços de alguma forma, seja na iniciativa privada ou pública, porém a interferência na qualidade dos serviços prestados está relacionada com a eficiência deste processo e as pessoas envolvidas são o elo principal desta corrente.

3.1.2 Características da Hotelaria Clássica

Nesse contexto foi elencado os principais setores de um hotel para fazer um comparativo funcional com HNSC, relacionados com processos de hotelaria. O que se verifica que os processos são parecidos na forma, mas na ação do fazer são diferentes.

– **Recepção:**

Segundo Castelli (2006, p.197), o *hall* da recepção deve oferecer ao hóspede uma atmosfera agradável quanto a dimensões, decoração, equipamento e apresentação da equipe. Além disso, o ambiente da recepção deve ser estar protegido do excesso de ruídos, possuir boa iluminação, aeração e boa visão dos letreiros informativos. **O recepcionista:** quando o viajante chega ao balcão da recepção conduzido pelo mensageiro, cabe ao recepcionista ocupar-se dele, percebendo a sua chegada e colocando em uma postura receptiva. Caso estiver ocupado ao telefone ou com outro hóspede, deve fazer um breve sinal, indicando que logo vai atendê-lo. É extremamente desagradável para quem está chegando a passar despercebido em um momento tão significativo que é ato da acolhida.

– **Portaria Social:**

De acordo Castelli (2006, p. 211) A portaria social ou *Conciergerie* é um setor que fica contínuo à recepção. Em alguns hotéis, a recepção e a portaria se

confundem fisicamente, formam uma única seção. O presente estudo considera a portaria social como um setor próprio. Um setor que quase se confundem com a recepção, mas que possui atribuições e responsabilidades que lhe são específicas.

Atribuições e responsabilidades da portaria social:

- Chefe da portaria social;
- Mensageiros;
- Capitão porteiro;
- Porteiro noturno;
- Porteiro;
- Auxiliares de portaria;
- Ascensorista.

– **Departamento de lazer:**

Conforme Castelli (2006, p. 220), ninguém dúvida, hoje em dia, da necessidade do lazer, sobretudo para homem urbano. O entretenimento passou a ser uma preocupação constante por parte da grande maioria de pessoas. O homem moderno busca na diversão refazer psíquica e somaticamente o desgaste que ritmo da vida lhe impõe.

a) Cabe ao responsável pelo departamento de lazer:

- Desenvolver atividades de lazer para adultas e crianças;
- Coordenar todas as atividades de lazer;
- Organizar materiais de esportes;
- Cuidar da programação audiovisual;
- Controlar o estoque, fazendo as reposições necessárias;
- Preparar relatórios;
- Manter contatos cordiais com os hóspedes;
- Participar na acolhida e do treinamento do novo funcionário;
- Orientar os colaboradores quanto à higiene pessoal, uso adequado do uniforme, do vocabulário e da postura etc.

– **Departamento de Governança:**

- Conforme Castelli (2006, p.224). A Governança é o departamento que se ocupa basicamente com arrumação dos apartamentos, a lavanderia e a rouparia e a limpeza geral, como mostra no organograma na Quadro 2.

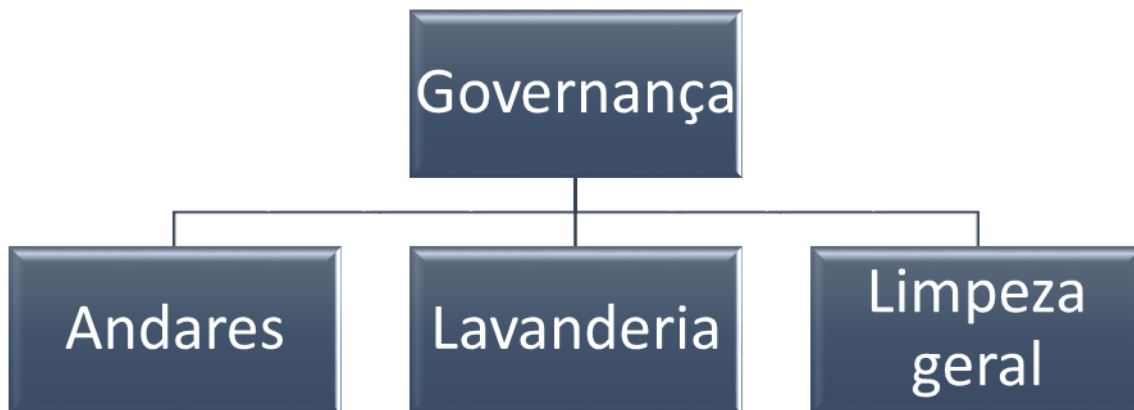


Figura 1 - Organograma de Governança.

- **Setor de Alimentos e Bebidas – A e B:**

Conforme Castelli (2006, p. 274). A área de alimentos e bebidas – A e B, dentro da estrutura organizacional e funcional do hotel, é a mais complexa. Tem-se constituído um verdadeiro “calcanhar-de-aquiles” para muitos administradores de hotéis. E, sobretudo porque, nessa área, as despesas com a mão-de-obra são, aproximadamente, 2,5 vezes maiores que o setor de hospedagem, e a receita é 4 vezes menor, comparativamente com o mesmo setor. Em hotéis de grande porte, área de A e B é administrada por um gerente e, em hotéis de menor porte, por um *maître* ou por seu proprietário. A gerência de A e B abarca os seguintes setores, conforme mostra no Quadro 6, restaurante, banquetes, cozinha, copa, bar, *stewarding*, entre outros.



Figura 2 - Alimentos e Bebidas A e B Organograma Hotelaria Clássica.

– **Setor de Manutenção:**

De acordo Castelli (2006), a manutenção visa obter do equipamento o máximo de sua capacidade produtiva e, em consequência, do investimento nele feito, tendo-se sempre o presente a garantia da qualidade do serviço a ser prestado ao cliente. A manutenção pode ser dividida em dois tipos: preventiva e corretiva ou reparativa. A manutenção corretiva ou reparativa se faz necessária toda vez que o equipamento apresentar uma avaria. Por melhor que seja o trabalho de manutenção preventiva, jamais se poderá eliminar a possibilidade de ocorrerem consertos em equipamentos, moveis e instalações.

O objetivo da amostragem é fazer um paralelo de processos da hotelaria clássica com a hotelaria hospitalar e buscar um viés alternativo para aplicação dos processos administrativos com visão de hotelaria. Essa ferramenta pode auxiliar na conjuntura da gestão hospitalar na saúde pública, com uma percepção de hospitalidade humanista. Entretanto o fazer humano é questão de visão da aplicabilidade de gestão, em suas diferentes formas da área administrativa.

3.1.2 Hotelaria Hospitalar e SUS

A hotelaria hospitalar no Brasil e na cidade de Porto Alegre ainda está fase de implantação, seja na esfera pública ou privada. Em alguns hospitais a hotelaria

hospitalar já é implantada com um viés direcionado para melhoria dos processos de gestão e qualificação do equipamento hospitalar, porém a realidade dos hospitais públicos, segundo os últimos noticiários em diversos meios de comunicação, são hospitais lotados e com falta de recursos. Desta forma, o pensar em gestão de hotelaria hospitalar é dificultado.

Nesse contexto observa-se o quanto o sistema tem que evoluir, seja através de novos processos de gestão as formas de gerir o maior patrimônio que é a saúde das pessoas. O SUS evoluiu nos últimos tempos pela pressão da sociedade e pelos novos conceitos informacionais que a população teve acesso, o controle social se acentua cada vez mais e o consumidor está cada vez mais atento aos seus direitos. Na figura 2 também se observa os índices de processos aumentaram, porque na atual economia do Brasil, pessoas que anteriormente tinham planos privados de saúde adentraram no sistema único de saúde, mas com conhecimento maior dos seus direitos e passaram requisitá-los na justiça. Dessa forma, sinalizam aos governos que a saúde pública precisa urgentemente de melhorias, tanto no âmbito estrutural como de gestão. Isto fica claro como a luz solar: o sistema requer melhorias urgente em todos segmentos de saúde, a sociedade não aguenta mais o chamado custo Brasil.

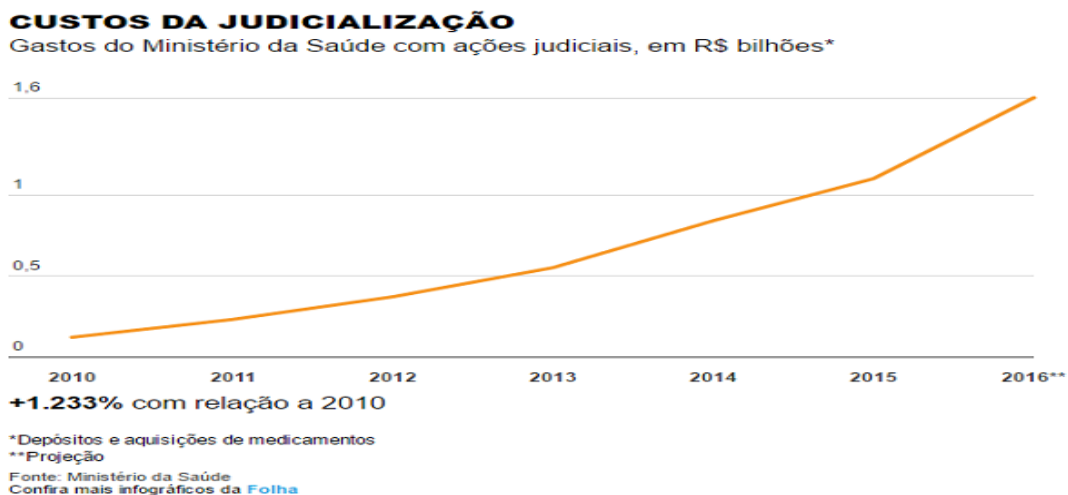


Figura 3 - Aumento dos processos judiciais e custo para erário Público

Fonte: Ministério da Saúde (2010).

O início da hotelaria hospitalar começou nos meados dos anos 1980, como a premissa de melhorar o atendimento na área hospitalar. Já nos anos seguintes, no

ano 1988 ocorreu promulgação² da constituição Federativa do Brasil, definindo em lei os direitos e deveres do cidadão brasileiro. De acordo com o Art. 5: “Todos são iguais perante a lei” (BRASIL,1988), e no Art. 37 definindo a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Em 1990 foi então criada a Lei nº 8.080 que cria o SUS (BRASIL, 1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Nesse cenário de leis e novos direitos com a evolução transformista da sociedade, tanto no que tange as novas tecnologias, surge outras demandas no que se refere à segurança e ao conforto nos mais diversos segmentos da sociedade moderna. Também foi criada a carta de direitos dos usuários da saúde (2012), que elenca:

Art. 4º: Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. (2012).

Essas recomendações são referendadas nas questões da humanização iniciada pelo HumanaSUS (BRASIL, 2003). O que se observa é que o sistema vem evoluído através de políticas públicas de saúde, que em tese, tem feito diversos manuais para propor uma maior qualidade pelos serviços prestados de saúde no Brasil. Hoje em dia a sociedade quer resultado dos processos de gestão pública ou privada sejam eficazes e eficientes para o bem-estar de todo o cidadão.

Conforme Montadon (2011), o modelo hoteleiro apareceu nos anos 1980, por iniciativa do setor privado comercial, a fim de responder às expectativas de uma clientela preocupada em escapar do caráter constrangedor, até mesmo miserabilista dos estabelecimentos tradicionais. As hospedarias da terceira idade procuram desfazer a imagem da velhice do corpo decaído, sem para tanto eludir os problemas da dependência à qual pretende responder por uma medicalização não agressiva. A organização de serviços tem sua inspiração no setor hoteleiro, quer se trate da organização do pessoal, das relações com os residentes. O serviço médico privilegia

² Houaiss: 1) ato ou efeito de promulgar; 2) publicação (de uma lei, decreto etc..)

o recurso a interventores liberais. Aos exemplos dos grandes hotéis, a vida coletiva se organiza em torno do saguão principal e da recepção e anexos como restaurante, cafeteria, conveniência. A qualidade do serviço se enraíza na manutenção de certa distância funcional: o convívio bem compreendido não deve nada se confundir com familiaridade.

Ainda, Taraboulsi (2009) diz que mudanças arquitetônicas, programação social, serviços de hotelaria com capitão-porteiro e mensageiros devidamente uniformizados e equipados para a recepção do cliente de saúde, quadros em exposição, música ambiente, restaurante, piano-bar e apresentações de músicos (piano e violino) dão a impressão de ter errado o endereço. Quem entra pelo lobby (saguão) de alguns hospitais particulares tem a sensação de estar num ambiente de hotel de primeira linha. Macas, clientes de saúde aglomerados à espera de atendimento, cadeira de rodas enfileiradas, ambiente frio e com cheiro de éter são cenas do passado. Com essa inovação, alguns hospitais estão deixando de ter a cara de hospital.

Em alguns hospitais que possuem hotelaria hospitalar os ambientes de aspecto outrora sério e “frio” passaram a ter cores agradáveis, móveis funcionais e outros itens que favoreçam um ambiente mais confortável e acolhedor.

Nessa linha pode-se verificar que hotelaria hospitalar está intrinsecamente relacionada à hotelaria convencional, pois os ambientes são parecidos tanto na gestão dos processos como a estruturas oferecidas pelos equipamentos de hospedagem, que são similares exceto pelo fato que, no hospital o foco principal é cura da doença do paciente. Porém, no entorno deste também estão os familiares que necessitam outros serviços, como a informação adequada e estruturas de convívio social.

Segundo Castelli (2003), o homem é um animal social. E por isso que ele busca se agrupa em organizações (indústrias, escolas, hotéis etc.) através das quais ele visa, ao realizar o seu trabalho nelas, tornar mais fácil segura, amena e feliz sua passagem pela vida terrena. As organizações possuem como missão contribuir para satisfação das necessidades das pessoas, ou seja, auxiliar as pessoas em suas necessidades de sobrevivência.

Ainda de acordo Montandon (2011), o papel do hospital foi reorientado para intervenção curativa, mas ele permanece um lugar de acolhida importante naquilo que se chama de os serviços de cuidados, prima e marca a organização da vida

cotidiana. A higiene, a ordem, as funcionalidades constituem os determinantes da vida institucional.

3.2 HUMANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO EM SAÚDE

A humanização é um conceito que diz respeito ao prestar serviços qualificados com viés focado na humanidade, porém na percepção do usuário do SUS e de prestadores de serviços do Sistema, é por vezes negativa, em vista da divergência entre a teoria apresentada na política de humanização e algumas situações verificadas na prática.

Nesse contexto, os índices de satisfação do usuário do sistema em muitos casos são negativos, entretanto o sistema avançou com novas tecnologias duras e disseminação de informação permeada nos diversos setores do sistema de saúde. Porém, qualificar serviços requer qualificar pessoas, pois os serviços são ação intangível do fazer. Os processos de conscientização para melhoria dos serviços prestados demandam uma série de procedimentos administrativos para evitar custos desnecessários para sociedade.

Na atualidade, os hospitais públicos de Porto Alegre também estão sendo praticados determinados procedimentos, chamados de humanizados pelo sistema de saúde. Um deles é fazer o atendimento para aqueles pacientes que não mais necessitam do ambiente hospitalar em sua residência e dessa forma estabelecer um relacionamento humanizado. Tal prática surgiu na França a partir de uma necessidade de amenizar os reflexos da saúde como uma imagem negativa para o Estado.

Conforme Montandon (2011), a partir dos anos 1960, a França se preocupou com as condições de vida dadas aos idosos. O relatório *Laroque* (1962), concede prioridade ao atendimento em domicílio das pessoas idosas. As estruturas de acolhimento são repensadas frente à imagem negativa de hospício, os poderes públicos decidem por supressão da dita “lei social” de 30 de junho de 1975, programando a humanização dos estabelecimentos.

Também cabe salientar que a poluição brasileira nos próximos anos vai demandar ainda mais recursos na área de saúde, tanto no quesito de existência das diversas doenças relacionadas à saúde do idoso, como o tratamento de novas doenças do tempo atual.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo como referência a revisão das projeções da população brasileira até 2050 realizado em 2008, considerando a hipótese de maior velocidade futura de queda da fecundidade, em relação à revisão efetuada em 2004, nota-se que as estruturas etárias derivadas evidenciam o aprofundamento de algumas das características assinaladas e mudanças em outras, ou seja, mantidas as tendências, espera-se que ocorra, no período de 2000 a 2030, um aumento de aproximadamente 33 milhões de pessoas com idades de 15 a 60 anos, iniciando-se, a partir dessa data, fortes reduções nessa faixa etária, a tal ponto que a comparação dos valores desse grupo, em 2050, com o observado em 2000, aponta para um aumento de apenas 16,5 milhões. É importante chamar atenção para o fato de que a tendência do aumento progressivo de pessoas em idade ativa, previsto para o país até 2030, consubstancia o fenômeno denominado “bônus demográfico”. A expressão vem sendo muito utilizada na área da demografia, objetivando chamar atenção dos gestores das políticas públicas para o momento que se está verificando na dinâmica populacional brasileira.

Em relação à humanização no sistema único de saúde (SUS), muito se discute a melhor forma de equacionar essa temática relacionada ao fazer ou proceder humano. É uma discussão que repassa pela qualificação dos recursos humanos e, sem dúvida, a estrutura de trabalho na área hospitalar, que é quesito fundamental para instituir a humanização dos processos de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Mas quais são as especificidades da PNH para qualificar práticas de gestão e de cuidado, considerando que há no SUS iniciativas com a mesma pretensão? A problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente aos problemas como filas, insensibilidade dos trabalhadores diante o sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, etc., derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH. Ou seja, estes problemas são a expressão fenomênica de certos modos de se conceber

e de ser organizar o trabalho em saúde. Assim, fenômenos genericamente apontados como desumanização expressam mais do que falhas éticas individuais (de um ou outro trabalhador ou gestor), correspondendo a fenômenos cuja origem não está no fato em si, o que apenas revela e expressa determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização.

O que se verifica que a discussão da humanização começou em 2003, com diversos relatos coletados na formação do caderno HumanizaSUS divergentes a respeito do processo de humanização, porém a proposta é fundamental para que uma organização de saúde tenha legitimidade no que tange saúde e novos desafios que a sociedade brasileira enfrentará no decorrer dos próximos anos com aumento da expectativa de vida. Também cabe destacar a preocupação com formação profissional dos trabalhadores do SUS, que propõe uma agenda para qualificação dos recursos humanos do sistema saúde para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população brasileira.

Na mesma linha, comenta-se que hospitalidade tem como princípio a humanização, bem receber o convidado ou hóspede. Claro que na hotelaria hospitalar, tal viés requer muito mais preparo psicológico e qualificação profissional do que a hotelaria convencional, pois as demandas estão relacionadas à vida das pessoas.

Conforme Montandon (2011), para tornar um hospital mais humano menos hospitalar, a prática da hospitalidade, como a da caridade, gera uma desigualdade inevitável. A caridade não tem finalidade de preencher as lacunas sociais. O anfitrião que recebe permanece o dono da casa e mede com seus critérios pessoais sua própria generosidade e sua tolerância para com o outro, do qual espera normalmente que ele respeite seus próprios usos, “hospitaleiros”, nos limites anteriormente evocados, hospitais e hospícios dos séculos passados não reconheciam, a seus usuários nenhum direito. Na verdade, eles “recolhiam”, não “acolhiam”, já que a acolhida supõe o respeito à pessoa.

De acordo com citação acima podemos analisar o sistema hospitalar e encaixar nas respectivas afirmações. Porém os processos poderão evoluir de maneira positiva para alcançar os objetivos prepostos pela Lei nº 8.080 (BRASIL,1990). Assim como as demais resoluções criadas pelas diversas entidades representativa do sistema de saúde.

Ainda conforme a declaração de Alma Ata³ (1978), em seu artigo primeiro I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Também, de acordo Montandon (2011, p. 583), a definição da hospitalidade dada por *Litté* em 1878, de novo retomado pelo *Lorouse Universal* em 1922, é a seguinte: Liberdade que se exerce ao alojar gratuitamente aos estrangeiros. Ela faz, evidentemente, dos hospitais e dos hospícios lugares de hospitalidade, já que são refúgios oferecidos no século XIX aos indigentes, portanto aos mais desmunidos, como tinha sido, na Idade Média, os leprosários, e como foi no século XVII, o hospital Geral fundado em 1665. Entretanto esses estabelecimentos, ao encerrar os indesejáveis, como sublinhou Michel Foucault, tinha por objetivo primeiro proteger o resto da sociedade considerando física ou moralmente sã. Se reportarmos a definições mais recentes da hospitalidade, que não passam de traduções do que propõe o senso comum, veremos acrescer, dar-se à gratuidade uma obrigação de abertura calorosa. Lemos assim na *Encyclopédie Alpha* de 1996, que a hospitalidade é o fato de acolher em sua casa, generosamente, amavelmente. Se levarmos em conta esse deslizamento semântico já não é evidente que se possa ainda falar sem alguma hesitação da hospitalidade do hospital contemporâneo.

Portanto, podemos relacionar que a hospitalidade permeia através dos séculos a concepção do hospital como um local de afastamento do indivíduo da sociedade, seja pela força de uma doença ou pelo um estado de penúria social. Hoje em dia o processo é diferente, há leis que regulamentam e o Estado é obrigado a cumprir a determinação que consta na Constituição. Além dos diversos meios de comunicação mostrando, a todo instante, realidades de saúde que preconizam situações referenciadas ao cuidar, ao acolher e respeitar a individualidade do outro. Entretanto, a saúde é preocupação mundial, o ser humano sempre buscou a sua sobrevivência e, atualmente, a saúde não significa a inexistência de doença: a palavra saúde tem uma abrangência mais ampla como o bem-estar social e mental do indivíduo. Nesse sentido, uma orientação que se extrai do Art. 3 da Lei nº

³ Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde.

8.080/90, consigna “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens serviços essenciais”.

Nessa visão podemos verificar a abrangência da lei e as dificuldades para encontrar um equilíbrio e padrão unificado para o planejamento de saúde em um país continental como o Brasil.

3.3 QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.3.1 O que se faz no Brasil com vistas à qualidade

Desde final dos anos 80, o Brasil promove e participa de um amplo debate sobre a qualidade hospitalar, perpassando por modelos considerados estrelas (tentando seguir aqueles utilizados pela rede hoteleira) e outros voltados à certificação e esforços no sentido de seguir a acreditação hospitalar. Mas ainda nos anos 90, observou-se que os esforços eram poucos e concentrados geograficamente.

Conforme, aborda Paula *Laboissière*, da Agencia Brasil (2014), os serviços públicos e privados de saúde no Brasil são considerados regulares, ruins ou péssimos por 93% da população. É o que indica pesquisa do Instituto Datafolha feita a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Paulista de Medicina (APM). O levantamento mostra que os principais problemas enfrentados pelo setor incluem filas de espera, acesso aos serviços públicos e gestão de recursos. De acordo com o estudo, a saúde é apontada como a área de maior importância para 87% dos brasileiros. Para 57%, é o tema que deve ser tratado como prioridade pelo governo federal. A pesquisa foi feita entre os dias 3 e 10 de junho de 2014 e ouviu 2.418 homens e mulheres com idade mínima de 16 anos em todos os estados brasileiros. A margem de erro é de dois pontos percentuais.

3.3.2 Avaliação Externa e Interna da qualidade

Dentre os modelos de avaliação externa temos a acreditação hospitalar, a certificação e os critérios de excelência. A acreditação hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus chefes, visando garantir a qualidade do atendimento e dos serviços de saúde. A acreditação é um processo ético e que visa à garantia do atendimento e implantação de melhorias contínuas para todos os prestadores de serviços de saúde. Além disso, o Sistema Brasileiro de Acreditação é a única ferramenta de avaliação da qualidade reconhecida pelo Ministério da Saúde.

A prática da acreditação hospitalar implica uma visita de avaliação realizada por técnicos especialmente preparados para tal fim, com base no modelo preconizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Apesar de o Brasil ter baixos índices de qualidade em diversos segmentos públicos, ainda se observa a baixa adesão pelos processos de certificação de qualidade. Na questão referente saúde pública praticamente é tabu, embora em outro aspecto, o usuário está cada vez mais informado dos seus direitos garantidos em lei específicas como a lei do SUS, 8.080/90 e a própria constituição federal no art. 37. Também, o usuário possui o Direito do Consumidor, os quais estão elencados os deveres do prestador de serviços.

Segundo Taraboulsi (2009, p. 4), uma das maiores dificuldades das instituições de saúde sempre foi e continua sendo a incapacidade de seus gestores em visualizar o leque de antes que a expressão cliente de saúde abrange. Antes de tudo, precisamos ter a consciência da necessidade de autocrítica em relação a certos princípios e definições que herdamos sem, ao mínimo, analisar seu conteúdo, tornando-nos reféns de paradigmas que nos vendaram os olhos e inibiram nossa sensibilidade e inteligência. Somente o firme propósito de nos libertarmos desse cárcere de visão limitada e estática representa por si um significativo avanço e nos leva a perceber quão distante estivemos da realidade. Na hotelaria, essa pergunta sempre foi contemplada com eficiência, pois se entende que o hotel é a extensão da casa do cliente, e todos os serviços que facilitam a continuação de sua rotina familiar, profissional e social devem ser disponibilizados, propiciando, dessa forma, uma estada feliz e tranquila. Entretanto, para hotelaria, cliente é hóspede, o familiar,

o amigo e o visitante. Todos devem ser tratados com respeito e cortesia. Na área hospitalar não pode ser diferente, pois o hospital também é um prestador de serviços, porém a abrangência da expressão cliente de saúde, sempre esteve restrita à palavra paciente, nomenclatura cuja viabilidade de sua substituição os gestores jamais analisaram e muito menos o impacto de seus significados num mercado cada vez mais competitivo e exigente.

Nessa mesma linha pode-se utilizar a certificação baseada na ISO, sigla para Organização Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization*), com sede em Genebra, que cuida da normalização (ou normatização) em nível mundial como uma ferramenta a ser utilizada para quantificar processos de certificação de qualidade. As empresas de saúde têm diversas opções a sua disposição, porém requer uma ação na iniciativa para alcançar melhores processos de gestão.

Além disso, pode-se utilizar metodologia dos ciclos com avaliações internas, envolvendo as equipes de trabalho como objeto de estudo para avaliação do desempenho. Um exemplo é utilização a metodologia dos ciclos de melhoria continuada aplicada através da técnica do uso do PDCA (*plan, do, check and act* ou planeje, faça, avalie e consolide).

A ideia básica do PDCA é trabalhar em torno de um problema ou situação que careça de melhoria por meio da utilização de um método simples e adequado à gestão cotidiana. Os processos são ao mais diversos para qualificar o equipamento hospitalar para melhor os serviços prestados para o usuário de saúde pública.

Outra ferramenta que temos é o *Brainstorming*, destinado a gerar ideias, sugestões criativas, possibilitando a discussão dos problemas entre os membros da equipe. O objetivo é obter a opinião de todos os envolvidos no processo, sem julgamentos de valor sobre o que é dito, para justamente não inibir a participação das pessoas.

Ainda como ferramenta para avaliação interna da qualidade, encontramos o plano de ação que é a base para concretizar melhorias. Ele serve de referência às decisões tomadas e permite o acompanhamento do projeto. Esse plano de ação nasce da ferramenta 5W2H (*what, why, where, who, when, how e howmuch*— o que? Por quê? Como? Quando? Onde? Quem? Quanto custa?) que aponta de forma clara os elementos necessários à implementação de um projeto (quadro 2).

Quadro 2 - Um exemplo de aplicação da ferramenta 5W2H.

5W2H	Perguntas a fazer
<i>Why?</i>	Por que o projeto ou tarefa escolhida deve ser realizada (justificativa)?
<i>What?</i>	O que será feito (etapas)?
<i>How?</i>	Como deverá ser realizada cada tarefa ou etapa (método)?
<i>Where?</i>	Onde cada tarefa será executada (local)?
<i>When?</i>	Quando cada uma das tarefas deverá ser executada (tempo)?
<i>Who?</i>	Quem realizará as tarefas (responsabilidade)?
<i>How much?</i>	Quanto custará cada etapa do projeto (custo)?

Fonte: Adaptada de Gonçalves (2006).

Em acordo com planejamento estratégico, também temos os fluxogramas para avaliação interna de qualidade, através de símbolos e os 5S, ferramenta japonesa utilizada inicialmente pela indústria nos processos de sistematização dos anos 90. Os 5S ajudam a colocar ordem nos serviços e setores, estimulando pessoas a manter o espaço trabalho organizado.

Os 5S são:

Seiri – senso de organização;

Seiton – senso de ordem;

Seiso – senso de limpeza;

Seiketsu – senso de padronização;

Shitsuke – senso de autodisciplina.

Também nessa linha, é possível utilizar a ferramenta da **Matriz SWOT** – Os ambientes que circundam a empresa devem sempre ser estudados por seus gestores, principalmente quem está começando a empreender. Isto é necessário porque, geralmente, tudo é novo para o empreendedor. E ter uma forma de analisar o ambiente em que está inserindo o seu negócio é uma arma fundamental para ampliar o ciclo de vida da empresa.

É Uma das ferramentas que possibilita esta análise é a **matriz SWOT** anagrama para os termos *Strenghts*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*. Em português: (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças). Desenvolvida na escola de negócios de Harvard na década de 70, passou desde então a ser obrigatória dentro das cadeiras de ensino de planejamento estratégico das escolas de negócios.

Quadro 3 - Análise SWOT.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Oportunidades	Ameaças

Fonte: Adaptada Autor Análise Swot.: www.sobreadministracao.com/matriz-swot-analise-guia-completo.

Conforme Pride e Farrel (2000, p. 34), análise SWOT avalia os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças da organização (SWOT-*strengths, weaknesses, opportunities, threats*). Esses fatores derivam da análise do ambiente feitas na parte precedente do plano de marketing. A análise dos pontos fortes e fracos concentra-se nos fatores internos que dão a uma organização certas vantagens no atendimento às necessidades de seu mercado-alvo.

Ainda Taraboulsi, (2009, p.18), observa o óbvio, o que está diante de nossos olhos, tornou-se uma qualidade que deve ser cultivada. Quantos hospitais ainda vivem na ilusão do sucesso do passado e acreditam que a tecnologias avançadas, corpo clínico competente e médicos famosos continuam sendo o melhor investimento, a melhor estratégia para conquistar o mercado? Enganam-se esses administradores que continuam embriagados pelo sucesso do passado. No contexto global de hoje, existem limites para a consecução da produtividade nos hospitais através da tecnologia, equipamento e conhecimento técnico-científico.

Porém, quando esses limites são atingidos, só há uma coisa a fazer para melhorar e manter-se no mercado tão competitivo: investir na humanização, a última descoberta da tecnologia moderna. A hotelaria traz em seu seio a humanização das pessoas e do ambiente hospitalar. Não ouvir a voz do cliente de saúde é detonar a própria existência. Abraçar a hotelaria hospitalar pode representar a sobrevivência da instituição de saúde.

Esses são alguns exemplos de técnicas que podem ser utilizadas pelos administradores hospitalares para auxiliar na melhoria dos processos de gestão, na era da informação, os subsídios estratégicos são de fácil acesso, a *internet* pode ser um meio de encontrar uma gama variada de ferramentas na contribuição de ações para capacitação dos recursos humanos hospitalares.

3.4 CONCEITOS DOS PROCESSOS OPERACIONAL E ADMINISTRATIVOS

Seja na hotelaria convencional ou na hotelaria hospitalar, toda empresa tem em escopo funcional a figura do administrador, pois dependem deste profissional para gerenciar seus equipamentos, pessoas e fornecedores etc., portanto, a qualificação do mesmo com conhecimento dos processos operacionais e administrativos da hotelaria é fundamental para o bom funcionamento do equipamento hospitalar.

Conforme Drucker (2010), a administração e os administradores constituem necessidades específicas de todas as entidades, de menor à maior, constituem o órgão específico de toda entidade. São eles que mantêm sua coesão e fazem trabalhar. A necessidade da administração não deriva simplesmente do fato de que o serviço é só do gestor e ele é quem deve se encarregar de todos os processos da função. Administrar uma empresa privada ou uma pública de prestação é intrinsecamente diferente de dirigir o exercício da medicina ou de uma advocacia por si mesmo praticada.

Segundo (HAMMER, 2001, p. 78), [...] as organizações tradicionais não são muito dadas a processos. Elas estruturam-se em compartimentos estanques, cada um concentrado em determinada tarefa. Ninguém quer saber do trabalho alheio nem se importa com quem esteja envolvido em atividades corretadas. Cada unidade fala sua própria língua e permanece distante das demais. Em consequência, os pedidos dos clientes são como viajantes que atravessam uma série de feudos rivais, onde os guardas de fronteiras criam várias dificuldades antes de carimbar - lhes os passaportes.

Nesse contexto pode se verificar que existem no fazer das profissões são diferentes, pois o processo de gerenciar é contínuo e sistêmico, o que requer constante análise de desempenho funcional para quantificar os resultados, sejam eles positivos ou negativos. Para o administrador, tal informação é relevante para fazer estratégias para atingir os objetivos propostos pela empresa.

3.4.1 Conceito da Hotelaria Clássica e hotelaria hospitalar

O conceito da hotelaria clássica e hotelaria hospitalar, em muitos momentos, se complementam principalmente nos processos de fluxo nos seguintes setores: recepção, governança e A&B.

- **Recepção:** onde ocorre a entrada do hóspede também reconhecida como o (*check-in* – entrada do hóspede) e (*check out* – saída do hóspede) e reserva do hotel;
- **Governança:** é setor responsável pela limpeza do hotel e seus anexos como jardinagem, camareira (higienização), auxiliares gerais de limpeza, lavanderia;
- **Gerente de alimentos e bebidas (A&B):** é setor responsável pelos setores de produção do alimento e bebidas do hotel, criação de cardápios fichas técnicas. Também é de sua responsabilidade o setor de eventos corporativos e festivos do hotel. Exemplo: seminários, congressos e festas de casamentos ou comemorativas. O profissional deverá conhecer profundamente diversos tipos de cozinhas, tanto nacional como internacional, além de conhecimento de bebidas como: vinhos, e coquetelaria além de conhecimento administrativo para gerenciar equipes de cozinha, como nutricionista, *maître*, garçom e barman.

São setores que compõem o estabelecimento hoteleiro, em qualquer categoria de hotel. No hospital também há necessidade de setores para fornecer suporte para área médica promover a saúde do usuário. Na figura 3, observam-se correlações do conceito de hotelaria convencional com a hotelaria hospitalar.

Quadro 4 - Serviços em comum (hotel e hospitalar) que podem ser adaptados à atividade hospitalar.

Hotel	Hospital
Recepção – <i>check-in</i> e <i>check out</i>	Recepção- Internações e altas
<i>Conciergerie</i> (portaria social)	Balcão de informação
Alimentos e Bebidas	Nutrição
Lavanderia	Lavanderia
Reserve	Agendamento/ programação

Fonte: Adaptada de Taraboulsi, (2009).

No setor chamado central de leitos do HNSC, onde ocorre à internação dos pacientes, e processo ocorre através de agendamento ou solicitação do médico, o qual solicita a central de leitos para haver internação. Conforme se observa na figura o setor de reserva poderá efetuar esse processo de internação e dessa forma liberar o profissional médico ou da enfermagem para atividade fim do hospital, que é cuidar da doença do usuário.

Quadro 5 - Serviços de Hotelaria que podem ser implantados e adaptados à atividade Hospitalar.

Serviços de mensageiros e capitão porteiro
Governança: governanta e camareiras
<i>Room Service</i> : serviço de quarto para clientes de saúde.
Restaurante para familiares, acompanhamento e visitantes.
Departamento de eventos para promover seminários, congressos, cursos e reuniões etc.
Serviços de lazer: sala de leitura, biblioteca, jogos, ginástica, músicos e pequenas apresentações na áreas sociais e passeio pela cidade etc.

Fonte: Adaptada de Taraboulsi (2009).

As funções permanecem iguais, porém o que muda é nomenclatura, visão e forma de administrar os processos enquanto as dinâmicas do trabalho permanecem. No entanto, poderá se ter além do olhar humanizado, o olhar da hospitalidade, pois na área da saúde, o sistema de humanização começou a ser discutido a partir de 2003 verifica-se que, antes disso, nos processos de trabalho prestado à saúde pública a humanização é algo não tão valorizada.

De acordo Taraboulsi (2009, p. 38), o trunfo da hotelaria está na humanização do ambiente hospitalar: serviços eficientes que encantem o usuário, cores suaves, plantas e jardins bem cuidados e pessoas entusiasmadas interagindo com clientes de saúde. Relevando de tal forma o segredo dessa nova proposta que é o sorriso sincero e permanente, marca registrada da satisfação e do amor pelo trabalho realizado.

Ainda nesse contexto, cabe comentar que o Exército Brasileiro já está usando do conhecimento da área da administração em hotelaria para qualificar seus processos no atendimento da hotelaria hospitalar conforme Portaria nº 244 - DGP, 2010, Instruções Gerais para a Correspondência, as Publicações e os Atos Administrativos no âmbito do Exército (IG 10-42), aprovados pela Portaria do Comandante do Exército nº 041, de 18 de fevereiro de 2002, resolve: define no art. 1º Aprovar as Normas Técnicas para o Funcionamento da Hotelaria Hospitalar nas Organizações Militares de Saúde do Exército. Também no art. 1º Na atualidade, além de profissionais de saúde qualificados, arquitetura moderna e equipamentos de última geração, o cliente dos serviços de saúde exige tratamento personalizado, cortesia, atenção e presteza por parte da equipe hospitalar, ou seja, um tratamento

humanizado.

Conforme constam no anexo A, descreve a funcionalidade e no anexo B, estabelece o organograma funcional da hotelaria hospitalar, no qual poderá ser um referencial para aplicação da hotelaria hospitalar. No entanto, primeiro momento poderiam ser organizar alguns setores e dessa forma implantar por etapas, pois a hotelaria, além de ser um processo gerencial administrativo é um conceito, de certa forma inovador para o sistema de saúde, requer comprometimento de todos os envolvidos no processo de gestão, tanto da diretoria hospitalar como colaboradores terceirizados.

A premissa da hotelaria hospitalar não é questão de modismo momentâneo, mas uma ferramenta a ser usada para qualificar os processos da hotelaria hospitalar. Em qualquer empresa, seja ela pública ou privada, os profissionais têm de estar preparados para novos desafios, tanto para enfrentar o aumento da demanda no tange saúde pública, como as novas políticas de Estado, pois com resultados positivos quantificados de modo que o consumidor final perceba, fica evidente a possibilidade de fazer negociações favoráveis para o sistema de saúde. De acordo com Castelli (2006):

[...] satisfazer cliente significa atender as necessidades de todas as pessoas com as quais a empresa tem compromisso, tais como: com colaboradores, clientes, acionistas e vizinhos (comunidade). Para tanto, é preciso manter um canal de diálogo permanente com eles para evitar o desequilíbrio, um sério entrave para a competitividade e sobrevivência da empresa (CASTELLI, 2006, p. 74).

Conforme Porter (2007, p. 28), o desafio fundamental no sistema de saúde é como dar partida a um novo tipo de competição – a competição em resultados para melhorar a saúde e o atendimento aos pacientes. A competição em valor é uma competição de soma positiva da qual todos os participantes podem se beneficiar. A meta de melhorar o valor para pacientes unirá os interesses de todos os participantes do sistema, que hoje frequentemente têm propósitos opostos. Quando todas as partes competem para alcançar os melhores resultados médico para os pacientes, eles estão, em última análise, perseguindo as metas que levaram muitos deles à própria profissão.

Conforme Merhy (2002, p. 35), destaca que o modelo da atenção Gerenciada vem ganhando terreno em na América Latina, entre todos os que vivem os

processos de reformas do Estado, em geral e dos sistemas de saúde, em particular. Diz ainda que a transição tecnológica imprimida pela atenção gerenciada, em busca de uma nova estrutura de produção de atos de saúde, também procura dar conta de um arranjo mais macrossocial ao preconizar a constituição de quatro atores sociais: para construir um novo modelo de produção do cuidado: os captadores de recursos e administradores, os financiadores, os provedores e os consumidores.

Nesse sentido, segundo Becker (2001):

[...] em última instancia, qualquer discussão sobre papel estratégico dos recursos humanos ou do capital humano convergirá implicitamente para os comportamentos produtivos das pessoas na organização. Sob certo aspecto, essa afirmação é quase uma redundância, pois é apenas por meio de seus que os seres humanos afetam seus contextos de atuação. (BECKER, 2001, p. 36).

Como vivemos na era dos serviços, basta verificar a contribuição do setor de serviços ao Produto Interno Bruto (PIB), das principais nações pelo mundo. Dessa forma percebe-se a importância do serviço qualificado e o impacto econômico e social nas relações de consumo. No caso da saúde, este impacto é no bem mais precioso do ser humano: a vida.

3.5 HISTÓRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA CONCEIÇÃO

Conforme PNH - política nacional de humanização (2006), o HNSC é integrante do chamado do Grupo Hospitalar Conceição, o qual é formado também pelos hospitais: Hospital Cristo Redentor, Hospital Fêmeina, Hospital da Criança Conceição; e por mais 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma UPA Moacyr Scliar e a Escola GHC.

O Hospital Geral, fundado como unidade privada em 26 de julho de 1960, alterou sua característica social em 20 de fevereiro de 1975, quando da desapropriação dos hospitais Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina. Sob intervenção federal, estes formaram um grupo hospitalar com gerenciamento centralizado. Tais fatos deram origem ao Grupo Hospitalar Conceição, subordinado à Presidência da República, através da Casa Civil. No dia 10 de maio de 1990, pelo Decreto número 99.240, tornou-se vinculado ao Ministério da Saúde. Atualmente, o GHC presta atendimento ambulatorial e hospitalar destinado 100% para o SUS. São

prestados os serviços de: medicina, (composto de 19 especialidades clínicas e 10 especialidades cirúrgicas), enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social.

O hospital Nossa Senhora Conceição é empresa S/A de economia mista⁴, e compõe o quadro estrutural do Ministério da Saúde conforme Decreto Brasil, Nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. art. 2º o Ministério tem a seguinte estrutura organizacional: e vincula na IV letra e c) vincula entidades de economia mista, e estabelece regramentos para SUS. Na instituição, a formação em serviço de saúde tem origem já anos 60 como campo de estágio para estudantes de medicina e com a primeira turma de residência médica em 1968. Nos anos seguintes buscou-se ampliar e qualificar os campos de estágio oferecidos às instituições parceiras, através de convênios e aprimorando o nível de ensino, bem como a ampliação dos programas de residência médica. O Hospital Conceição é maior unidade do GHC, e compõe uma área de 43.030m², oferecendo todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação. Mantém a emergência médica com as portas abertas 24 horas. Dos cerca de 25,9 mil pacientes internados por ano, pelo menos 54,39% são de Porto Alegre e 33,75% são oriundos da região metropolitana. Oferece 843 leitos que representa 55% do total disponível no Grupo. Somente na emergência, há 63 leitos ocupados por meio da classificação de risco.

Com o objetivo de qualificar ainda mais suas instalações, o hospital investiu pelo menos R\$ 15 milhões para ampliar a sua UTI adulto (tipo 3) de 40 para 59 leitos, tornando-a uma das maiores do SUS no Brasil. Um dos principais diferenciais é a internação de pacientes em boxes individualizados com equipamentos de ponta, uma central de monitoramento pode acompanhar pacientes à distância.

O Grupo Conceição tem como sua missão: “oferecer atenção integral à saúde, com acesso, qualidade e eficácia organizacional, e desenvolver ações de ensino e pesquisa, fortalecendo o Sistema Único de Saúde”. A visão institucional do Grupo é “sermos reconhecidos como a melhor instituição de saúde pública do país”. Já os princípios institucionais são “transparência, Sustentabilidade, Integralidade, Valorização do trabalho e do trabalhador, Universalidade, Participação, Responsabilidade, Estímulo à inovação, Estímulo à produção, Socialização do conhecimento, Equidade”.

⁴ Junior, *apud* "Ao pessoal da sociedade de economia mista se aplicam as leis trabalhistas e não o regime estatutário dos funcionários públicos ou dos servidores autárquicos. Visto que mantém relações de trabalho com pessoa jurídica de direito privado idêntica às empresas industriais" (Lopes Meirelles. Direito Municipal Brasileiro, 2ª ed. 1961. I, p. 211).

3.6 CARACTERÍSTICAS DOS SETORES DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

3.6.1 Central de Leitos do hospital

O setor central de leitos do hospital é composto aproximadamente de trinta e cinco pessoas, a pessoa responsável é um profissional médico e com a chefe imediata, uma enfermeira, que no dia da visita mostrou o setor da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), na qual apresentou uma planilha com os pacientes hospitalizado no setor, juntamente com os profissionais médicos e os demais membros do corpo clínico, que repassam o diagnóstico dos pacientes e as possíveis saídas dos pacientes, para que a logística seja feita para novas internações. Após a análise e provável saída dos mesmos, foi realizada a previsão de ocupação no setor da UTI. Essa previsão também é utilizada para o dia e o dia posterior conforme o quadro de saúde do paciente. A gestora ainda salientou que este processo serve para agilizar o fluxo da entrada e saída dos usuários da UTI.

No setor de internação ou recepção que atende o usuário do SUS, das mais diversas regiões do Estado do Rio Grande do Sul, bem como a capital Porto Alegre e região metropolitana é composta de três atendentes, sendo uma das profissionais graduada em Administração, um estagiário e dois auxiliares administrativos. O quadro funcional compõe de profissionais com as mais diversas formações.

A internação do paciente (entrada), no hospital ocorre através da solicitação do médico, seja através da emergência do hospital ou por meio de solicitação dos postos de saúde de Porto Alegre ou região metropolitana, assim como demanda vindas do interior do estado do Rio Grande do Sul, entretanto, todo paciente deve possuir a AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Em última análise, é o profissional médico que autoriza a internação do paciente, assim como sua alta do leito hospitalar. Além disso, existe a central de internação regulada pelo estado. O paciente do SUS, também está vinculado ao sistema de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS), da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. A criação deste serviço obedece a uma diretriz do Ministério de Saúde, segundo a qual o Gestor Público deve adequar os recursos existentes às necessidades de saúde local e tem como objetivo geral a administração centralizada do fluxo de internações hospitalares do SUS do Município de Porto Alegre.

O que se verificou que o paciente, quando entra no sistema pela central de leitos do hospital, anteriormente já havia a solicitação do médico para internação hospitalar, isto posto fica claro que os processos do fluxo são parecidos com uma recepção de hotel, porém a reserva é realizada pelo médico. No setor também fica evidenciado que o médico chefe da central de leitos e a enfermeira chefe fazem trabalhos burocráticos que poderiam ser perfeitamente realizados pelo auxiliar administrativo, remanejando estes profissionais para sua atividade de fato, que é cuidar da doença do paciente, pois é a sua área de formação. Nesse caso fica evidenciado que a solicitação anteriormente feita pelo profissional médico através do preenchimento da AIH já demanda leito hospitalar. Esse procedimento pode ser realizado perfeitamente pelo um recepcionista para a locação do leito solicitado.

Ainda na visita técnica fica evidenciado que enfermeira chefe faz a atividade semelhante de uma governanta, que revisa os UHs (Unidades Habitacionais). Ela verifica se há leitos disponíveis na UTI no primeiro horário da manhã assim como os leitos ocupados ou manutenção dos mesmos. No hotel convencional também é realizado um processo parecido, verifica os apartamentos ocupados e a manutenção, em seguida organiza-se junto às camareiras a limpeza e em caso de necessidade, comunica-se o setor de manutenção para realizar reparos e então se autoriza a locação.

Além disso, verificou-se que todo o processo do preenchimento da IAH, é informatizado pelo sistema do GHC, o qual facilita as reservas no hospital. Já na hotelaria, as reservas são realizadas pela central de reservas do hotel, agências conveniadas ou diretamente na recepção do hotel. No hospital, a reserva de leito é via emergência do hospital ou através de solicitação do posto de saúde ou ainda pela central de leitos do Estado. Os processos são muito semelhantes, entretanto, os setores hospitalares são bem divididos, ocasionando uma variável muito significativa no processo de gestão.

3.6.2 Recepção do hospital

A recepção do hospital tem no turno da manhã até a tarde e conta uma equipe de sete pessoas, sendo cinco a seis pessoas nesse turno. Elas são terceirizadas, exceto dois seguranças que são colaboradores do HNSC, já no turno da tarde/noite é mesmo número de pessoas que trabalham na recepção. No turno

da madrugada há um a dois recepcionistas e um segurança volante. O setor funciona 24 horas, segundo informações obtidas no local.

O balcão de atendimento para usuário do SUS é demorado, causando constrangimentos para paciente, pois é na entrada principal do hospital, composta por uma recepção com balcão de madeira para cinco pessoas internas, onde se prestam informações aos visitantes e solicitam documentos dos mesmos para adentrar na ala dos leitos. Também na entrada, há uma placa sinalizando o setor de administração e ao lado uma rampa de aço para o acesso de cadeirante, que visivelmente se trata de uma estrutura provisória em que se observa grande dificuldade de acesso aos pacientes, seja pela inclinação ou a plataforma escorregadia ou pelas condições de mobilidade dos mesmos.

O saguão do hospital que se localiza na entrada principal é onde se encontram os familiares à espera do paciente em tratamento médico, muitos vindos do interior do estado. O hospital disponibiliza bancos de pedras, um local sem banheiro próximo ou pia para higienização das mãos. Entretanto, neste mesmo saguão, há um cartaz recomendando a lavagem das mãos onde se lê “para um ambiente seguro de assistência à saúde, higienize as mãos. É simples, necessário e salva vidas”. Em outro cartaz mostra-se a foto do Conselho Gestor do GHC e lê-se: “a comunidade encaminhando suas demandas por meio de seus representantes e buscando soluções em conjunto com trabalhadores e gestão”. Também é disponibilizado neste mesmo espaço um cartaz com o telefone 0800 da ouvidoria do GHC. Em frente ao saguão, há um espaço com jardim quase sem plantas com poucos bancos, onde se encontra uma grande quantidade de usuários vindos de diversos recantos do estado. Já entrada da emergência do hospital se caracteriza pelo alto índice de com algumas cadeiras de rodas em péssimo estado alocadas e acabam sendo utilizadas por usuários para sentar. Na parte interna também se encontra mais um jardim, este com melhores cuidados, e um chalé de cultura do GHC com exposição de artesanatos e alguns livros infantis. No interior do hospital, também há uma capela com disponibilidade para cerca de cem pessoas, caixas eletrônicos para uso dos colaboradores do hospital e usuários e uma associação dos servidores do GHC com lojas de roupas.

O que fica evidenciado é o pouco cuidado na recepção do usuário do SUS. O tratamento na recepção poderia ser mais organizado, com um saguão o local para que o visitante tivesse como lavar as mãos ou sentar em uma cadeira confortável e

adequada, porém não foi verificado isso.

A sugestão de intervenção no quesito entrada principal do hospital é a distribuição de cartão para os visitantes, previamente autorizados pelos seus familiares. Este processo poderá ser realizado quando for realizada a internação do paciente. Tal intervenção facilitaria a segurança no hospital, pois poderiam disponibilizar um número de cartão (passe) por paciente, que pode ser digital para uso em catraca e elevadores ou também em papel, como são atualmente usados no hospital. O uso desta medida evitaria as filas imensas na entrada do hospital e poderia ser executada na central de leitos. Dessa forma, o custo do hospital com contratação de terceirizados poderia ser reduzido. Entretanto, atualmente esse processo demanda cerca de vinte pessoas para realizar a tarefa de confeccionar um crachá autorizando a entrada do visitante no hospital.

No que diz respeito ao conforto, conforme sugerido na humanização e na hospitalidade, todos esses requisitos requerem ações permanentes do fazer acontecer, pois não adianta ter-se olhar humanizado para desumanização.

3.6.3 Manutenção do hospital

Na manutenção do hospital, na visita realizada foi verificado que o setor estava em manutenção porque houve uma interdição pelos órgãos públicos de fiscalização do trabalho, pois o local não estava adequado para o desempenho funcional. O local é responsável por toda manutenção do hospital Nossa Senhora Conceição e alguns postos de saúde do complexo GHC e tem um quadro funcional formado por pintores, eletricitas, pedreiros, estofadores, técnicos em hidráulica e auxiliares. O total de colaboradores é de quatorze pessoas. Portanto com análise superficial fica evidenciado o número inadequado para desenvolvimento do trabalho de manutenção do hospital e seus anexos. Isso reflete diretamente nas condições estruturais do prédio, que é uma construção dos anos 60 e obviamente tais faltas de cuidado são percebidas também pelo usuário.

A manutenção, por ser uma ferramenta de apoio da gestão, necessita estar em condições para o pronto atendimento das demandas solicitadas por todos os setores do hospital. Também foi relatado que há falta de material para manutenção e em muitos casos não são realizados os reparos necessários em função desta falta.

O hospital reflete visivelmente esse fato, pois em alguns corredores antigos

encontram-se paredes com cimento caído, banheiros com falta luz, portas sem fechaduras, entre outras deficiências. Entretanto, em alguns setores, como a UTI, visitada com chefe da central de leitos, existe uma estrutura com limpeza visivelmente adequada ao atendimento médico especializado.

O que se percebe é que o hospital tem núcleos excelentes com estruturas adequadas e outros com deficiências estruturais. Também se observou que há no hospital diversos setores em reformas a serem realizadas por empresas terceirizadas. Obviamente, onde se encontram essas reformas, há mais conforto para os pacientes e colaboradores.

3.6.4 Nutrição e Dietética do hospital

No serviço de Nutrição e Dietética verificou-se uma produção de 2 mil refeições por turno, com uma nutricionista diretamente envolvida com produção de alimentos, técnicos em nutrição, cozinheiros, atendentes e demais auxiliares gerais e administrativos. O processo de produção começa com compra dos produtos via licitação pública, previamente organizada para não faltar material para a produção de alimentos. Todo o alimento que entra na cozinha é recebido em local adequado e higienizado e posteriormente armazenado nas câmaras frias e demais ambientes de acordo com natureza do produto.

A linha de produção é distribuída após cocção dos alimentos, em três buffets, de acordo com dietas prescritas pelo corpo clínico do hospital, são servidas marmitas com subdivisões para alimento, em seguida são enviadas para os andares em carrinhos térmicos e conduzidas até a copa do andar. Depois, após conferência da técnica em nutrição, é fornecida para o paciente do leito. Este transporte é realizado pela atendente do andar. Também se constatou que o processo da dieta do paciente feita pelo médico e por meio informatizados os cardápios propostos são enviados direto para setor de nutrição, que providencia a produção dentro das mais rígidas técnicas de produção e higiene. O controle da qualidade, tanto na produção do alimento como os ambientes, é de excelente apresentação.

O hospital possui dois setores distintos para produção de alimento e bebidas, um para aos pacientes e outro para os colaboradores, ambos em locais separados e independentes, tanto do quadro funcional como cozinhas e demais estruturas, com qualidade e padrões são excelentes, do ponto de vista hospitalar. As produções em

ambos os setores são parecidas fornecem cerca de 1600 refeições por turno.

3.6.5 Setor de processamento de roupas

O setor de Processamento de roupas é o setor responsável pela compra de tecidos para produção de roupas, através de licitação pública, e pela seleção roupa suja do hospital para lavagem. A quantidade de roupas lavadas por dia é cerca de 6 mil kg dia. Todo material é transportado para Associação dos Hospitais de Porto Alegre (AHPA), que é uma associação composta por hospitais privado e público, onde são lavadas as roupas.

O HNSC recebe diariamente da AHPA as roupas higienizadas e lavadas para uso no hospital, que, depois de conferidas pelos profissionais da rouparia, são enviadas e distribuídas para receptivos setores. O número de colaborador do setor de rouparia é setenta e quatro colaboradores, entre gestores e auxiliares.

Na entrevista realizada com a gestora chamou atenção uma questão levantada pela mesma. Ela explica que o paciente internado no hospital não possui toalha para banho porque o custo é alto para hospital o paciente internado tem de se secar com o lençol. Perguntada se o paciente poderia trazer sua própria toalha, a entrevistada disse que era proibido. Pois há risco de infecção cruzada, uma vez que os familiares levam a toalha para higienizar em casa. Dessa forma se evidencia o que afirma Montandon (2011), um hospital mais humano menos hospitalar, a prática da hospitalidade, como a da caridade, gera uma desigualdade inevitável.

Como discutir humanização quando uma situação, a princípio simples de resolver, em que o usuário do SUS é tem seu direito de usar uma toalha de banho negado, é um problema pontual que revela a qualidade de conforto utilizada para prestação de serviços.

De acordo com Hammer (2001, p.133), a precariedade da maioria dos sistemas de mensuração não deveria ser surpresa: trata-se de algo quase inevitável é sua natureza predominantemente financeira. Os sistemas de mensuração foram desenvolvidos, de início, com objetivo de apresentar os resultados financeiros da empresa aos acionistas e às autoridades tributárias. No entanto, acharam-se sendo usados, inadequadamente, como ferramenta de apoio às decisões gerenciais, finalidade para qual, na maioria dos casos, é de muito pouca utilidade. Ao tomarem conhecimento da receita, dos custos e do lucro, os gerentes simplesmente

compreendem o que aconteceu, mas não se tornam mais capazes de melhorar os resultados no futuro.

A mudança de conceito requer ações e práticas gerenciais com foco na qualidade, todo processo desqualificado gera resultados negativos para todos os envolvidos no processo da gestão.

3.6.6 Setor de higienização do hospital

Durante a visita técnica no setor de higienização do hospital, a abordagem foi realizada com visita primeiramente na área administrativa operacional, que tem como coordenadora uma profissional com formação na área do direito. A mesma iniciou sua gestão no mês de agosto, porém os processos mudaram para melhor desde então, segundo os colaboradores questionados. Além disso, o supervisor também tem formação na área do direito. No setor de manipulação de produtos químicos usados para fazer a higienização do hospital há um local adequado conforme regulamenta a (ANVISA. 2005) NR 32. Também o supervisor apresentou o *check list* no qual todos os higienizadores deveriam documentar os procedimentos realizados na sua unidade de trabalho. Esse procedimento não foi verificado durante visita técnica.

Os setores observados foram as seguintes áreas do hospital: quartos e leitos, onde se encontravam pacientes e recuperação, emergência, corredores do hospital e pátio externos e entradas do hospital. O número de colaboradores segundo informações da coordenadora são os seguintes: treze supervisores na área de higienização e cerca de dez pessoas na administração, os demais colaboradores na área de higienização, totalizando 416 (quatrocentos e dezesseis) pessoas envolvidas na higienização e limpeza do hospital Nossa Senhora Conceição. Questionada sobre o tempo para a higienização dos quartos com cerca de cinco leitos, a higienizadora, responde que o tempo para realizar esta tarefa em torno de 15 minutos a 20 minutos. Ela também foi questionada sobre o número de pessoas necessárias para realizar as tarefas de higienização que tange os leitos do andar a resposta foi que a necessidade é de cerca de oito a nove pessoas por andar. No hospital, existem quatro andares, de acordo com o supervisor e ele, em seguida, encaminha a visita para a área de emergência do hospital, onde são encontrados diversos pacientes sentados no chão na escadaria, nesse momento que estava

sendo servido o almoço para os pacientes da emergência do hospital. Também foi constatada a presença de alguns pacientes sendo medicados no chão. E naquele momento ocorreu um fato no corredor onde se encontravam um paciente que necessitavam limpeza e não havia no momento nenhum colaborador para executar tal tarefa, gerando a necessidade de que o supervisor fosse procurar por um profissional para atender a demanda.

Fica claro que espaço usado no atendimento da emergência é inadequado, porém o que se observa imposto são espaços reduzidos aos usuários para o atendimento dos mesmos, assim como ambientes precários como falta de cadeiras na recepção da emergência embora haja muitos espaços vazios e sem uso no hospital.

De acordo Merhy (2011), quando o profissional de saúde acha o seu trabalho inadequado, a pergunta que se faz, porque os usuários do sistema de saúde têm de aceitar tais procedimentos. Ele, ainda afirma que caso esse profissional não aceite seu próprio trabalho, é melhor trocar de profissão. Também diz que o profissional tem muita liberdade para fazer coisas ruins, no entanto o profissional de saúde também possui liberdade para fazer coisas boas. Que em outros processos produtivos não consegue fazer.

Na observação do pátio externo do hospital e entrada da visitação, o supervisor foi questionado sobre o número de pessoas responsáveis pela limpeza do local e o mesmo respondeu que apenas um funcionário responsável pela limpeza deste local do hospital, que é uma área de tamanho considerável. Além disso, o supervisor também foi questionado sobre a manutenção dos jardins, tanto na frente do hospital como na área central e resposta foi que existem quatro pessoas condenadas pela justiça para fazer a limpeza e jardinagem do local, como pena determinada pelo poder judiciário.

A unidade de cada paciente compreende a cama, mesa de cabeceira, mesa de refeição, escadinha, cadeira, suporte de soro, campainha, luminária e o cesto de lixo que devem ser limpos conforme frequência preestabelecida por funcionários da higiene. Já a limpeza e desinfecção de artigos e equipamentos como bombas de infusão, de assistência ventilatória, monitores é de competência da equipe de enfermagem. Existe também a higienização terminal que trata-se uma limpeza e ou desinfecção mais completa, abrangendo horizontalmente e verticalmente pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive camas, macas e colchões, janelas,

vidros, portas, peitoris, varandas, grades do ar condicionado, luminárias, teto, etc , em todas as suas superfícies externas e internas. O tempo de duração desse processo de limpeza é em torno 1 hora a 2 horas, segundo as higienizadoras questionadas. A periodicidade de limpeza de todos esses itens dependerá da área em que os mesmos se encontram e de sua frequência de sujidade. Como exemplos, a limpeza terminal da unidade de um paciente internado deverá ser realizada a qualquer momento após sua alta, transferência ou óbito. Esse tipo de limpeza pode variar de hospital para hospital, entretanto, os processos tendem a ser parecidos. A limpeza corrente é muito similar à limpeza hoteleira, porém na hotelaria a limpeza do apartamento abrange também a troca de todo o enxoval diariamente e os apartamentos geralmente possuem carpete e metragem maiores, de acordo com a categoria do hotel. Já no HNSC, o enxoval não é trocado todo o dia.

A camareira no setor da hotelaria limpa em torno de doze a quinze apartamentos que geralmente compõem-se de duas camas, banheiros, roupeiros e telefones, televisão e demais equipamentos. Esse tipo de limpeza é realizado diariamente no hotel.

Na equipe de colaboradores, chamou atenção a quantidade de pessoas, porém ficou evidenciado o número de colaboradores por andar do hospital é em torno de oito a nove pessoas, o hospital é composto quadro andar. E mais uma equipe de trabalhadores na higienização da área terminal, que são cerca de oito pessoas, e profissionais da área administrativa cerca de dez pessoas e treze supervisores de higienização, totalizando cerca de sessenta pessoas, que trabalham no setor de higienização do HNSC. A diferença é bem considerável do percebido na pesquisa, pois o total de colaboradores é 416 pessoas. Ainda a coordenadora afirmou que, segundo a fiscalização realizada pelo Ministério do Trabalho, solicitou que há falta de 80 colaboradores para compor o quadro ideal do hospital.

De acordo com realidade da administração em hotelaria, esse número está equivocado nos parâmetros de quantidade de colaboradores necessários para realizar o processo de higienização hospitalar. Os processos poderiam ser quantificados pelo número de pessoas envolvidas, tempo para realização cada tarefa e resultados esperados no processo. As metodologias têm que ser quantificadas e analisadas de acordo com a realidade da área pesquisada. De acordo com as evidências da área pesquisada o número de colaboradores não corresponde à qualidade dos serviços apresentados no tange higiene hospitalar,

pelo contrário, o campo pesquisado apresentou serviços de baixa qualidade, demonstrando a necessidade urgente do hospital em transformar a atual realidade. Entretanto, a nova gestão tem boas intenções que requer considerável empenho profissional e conhecimento para sanar tais problemas.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa.

Conforme Flick (2009), a pesquisa qualitativa não se baseia em um conceito teórico e metodológico unificado. Diversas abordagens teóricas e seus métodos caracterizam as discussões e a prática da pesquisa. Os pontos de vistas subjetivos constituem um primeiro ponto de partida. Uma segunda corrente de pesquisa estuda a elaboração e o curso das interações, enquanto uma terceira busca reconstruir as estruturas do campo social e o significado latentes das práticas. Essa variedade de abordagem é uma consequência das diferentes linhas de desenvolvimento na história da pesquisa qualitativa, cuja evolução aconteceu em parte, de forma paralela em parte, de forma sequencial.

Nessa narrativa podemos afirmar que pesquisa qualitativa é referencial pertinente à proposta do objeto pesquisado, pois deixa livre o pesquisador para as mais variadas abordagens sobre o assunto pesquisado. Também de acordo com proposta cabe relacionar a proposta de Lakatos (2003, p.101): para a dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento: nenhuma coisa está "acabada", encontrando-se sempre em vias de se transformar, desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro. Por outro lado, as coisas não existem isoladas, destacadas uma das outras e independentes, mas como um todo unido, coerente. Tanto a natureza quanto a sociedade são compostas de objetos e fenômenos organicamente ligados entre si, dependendo uns dos outros e, ao mesmo tempo, condicionando-se reciprocamente.

4.2 LOCAL

A pesquisa será realizada no Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC).

4.3 POPULAÇÃO

Os sujeitos da pesquisa são os profissionais que atuam na equipe dos setores central de leitos, manutenção, processos de roupas e serviços de nutrição e

dietética. A equipe do setor de coordenadores, supervisores e auxiliares é formada pelos seguintes profissionais: com formação em nutrição, enfermeiros, técnicos em nutrição, advogados, médicos administradores, sendo que todos trabalham para atendimento do usuário do HNSC, sistema 100% SUS, divididos em períodos da manhã, tarde noite, distribuídos em turnos de 8 horas, 6 horas e 12 horas, organizados em turnos e contra turnos.

O total de sujeitos será definido pelo universo de profissionais da referida unidade, atuantes no período da manhã, tarde e noite que aceitaram participar da pesquisa, após a apresentação dos objetivos do estudo, deverão assinar as (2) duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) uma via será entregue ao participante e a outra ficará sob guarda dos pesquisadores durante (5) cinco anos (APÊNDICE A).

4.4 PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DADOS

Para coleta de dados será solicitado o Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE B) após este projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC (Instituição Proponente) após a aprovação será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC (Instituição Sediadora) via Plataforma Brasil.

Após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa será iniciada a pesquisa em 1º de março de 2017 a 31 de março de 2017 (conforme o cronograma de execução das atividades, capítulo 5).

Será, previamente, acordada com a Coordenação/Gerência de RH do GHC com a finalidade de não comprometer o serviço prestado.

A realização da pesquisa e coleta de dados serão feitas pelos pesquisadores.

4.4.1 Critérios de inclusão

- Os profissionais com vínculo empregatício com o hospital que atuam nos setores pesquisados que aceitarem participar da pesquisa;
- Os profissionais que atuam nos turnos da manhã, tarde e noite nos períodos de 8 horas, 6 horas e 12 horas, noite A noite B;
- Os profissionais que tiverem atuando em seus cargos e funções no período de 1º de março de 2017 a 31 de dezembro de 2017;

- Os profissionais que tiverem assinando TCLE.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Os que profissionais que atuam nos setores pesquisados que não quiserem participar ou que estejam afastados (por licença ou férias) durante o período de realização da pesquisa;
- Os profissionais que atuam em outras instituições;
- Os profissionais que desistirem da sua participação na pesquisa;
- Os profissionais que não pertencem às equipes pesquisadas;
- Os profissionais que atuam em outros setores/áreas que não as escolhidas para realização desta pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na primeira etapa será realizado uma análise dos processos já estabelecidos no HNSC, e na segunda etapa do projeto, após a coleta das informações propor ações, junto ao conselho administrativo do hospital para realização do projeto de hotelaria hospitalar, também será realizada uma pesquisa com os colaboradores do hospital, sinalizando a implantação do projeto, para verificar a aceitação ou não. Os questionários serão disponibilizados caixas de coleta localizada no posto de enfermagem e através da utilização do aplicativo Survey Monkey, via *internet*: o questionário será enviado para e-mail do servidor do HNSC.

O cunho descritivo da pesquisa tem por objetivo a descrição das características de determinada população ou de um determinado fenômeno estabelecendo relações entre variáveis estudadas (GIL, 2010). Isto é, os resultados obtidos serão descritos com a finalidade de possibilitar de implantação da Hotelaria Hospitalar no HNSC.

4.6 PROCESSO DE OBTENÇÃO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Para a realização dessa pesquisa serão seguidos os preceitos éticos das Diretrizes e Normas Regulamentador as Envolvendo Seres Humanos, Resolução nº

466 (BRASIL, 2012).

As informações obtidas serão utilizadas somente nos meios acadêmicos e será assumida a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo dos dados pesquisados. Nomes e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma.

Os resultados dessa pesquisa serão entregues ao Centro de Documentação da Instituição Sediadora (GHC) bem como serão encaminhados à revista científica, de forma, a possibilitar ampla divulgação.

Os dados coletados pela pesquisadora ficarão sob guarda durante cinco anos e após serão os papéis serão incinerados e os dados digitais destruídos.

A qualquer momento, o responsável pela Instituição onde será realizada a pesquisa poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho realizado.

Os pesquisadores estarão aptos a esclarecer as dúvidas que venham a surgir, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

4.6.1 Riscos

- A implantação da hotelaria hospitalar não ter participação efetiva dos colaboradores do hospital;
- O conselho deliberativo do hospital concluir que hospital não tem intenção aplicar os conceitos da hotelaria hospitalar, porque poderá gerar custo financeiros, para refazer estruturas do hospital.

4.6.2 Benefícios

- O hospital poderá ser reconhecido por processos melhor qualificados no setor hospitalar;
- Poderá trazer vários benefícios a médio e longo prazo, como por exemplo, a criação de uma diretriz de processos de hotelaria em saúde para a instituição;
- A diminuição dos desperdícios relacionados aos processos operacionais;

- Diminuição da taxa de rotatividade de profissionais no setor;
- A participação dos profissionais ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão beneficiar tanto ao participante, como instituição e, principalmente, paciente - além de outras pessoas a médio e longo prazo.

6 ORÇAMENTO

No descritivo do custo do projeto está elencado um gerente do projeto com formação em hotelaria e expertise na área e conhecimento em saúde, as orientações primeiramente serão discutidas no âmbito gerências em seguidas passarão contar com manuais de processos de gestão hoteleira, as quais não estão contempladas reformas estruturais, o gerente do projeto fará um levantamento dos processos e sinalizará ações possíveis de fazer, dentro dos parâmetros exigências do HNSC. Porém os relatórios devem ser mensais, disponíveis para diretoria do hospital e gerências envolvidas nos processos de implantação de hotelaria hospitalar.

Quadro 8 - Previsão orçamentária para execução da pesquisa.

ORÇAMENTO DETALHADO***	
Serviços terceirizados	Valores em Reais R\$
Digitação das informações	1.200,00
Elaboração de Manuais (-/+ 4500)	45.000,00
Profissional com expertise da área (convidado)	10.000,00
Profissional da Hotelaria Gerente do Projeto (treinamento e Qualificação, 12 meses)	120.000,00
Materiais Diversos	12.000,00
*** Valor TOTAL	188.000,00

*** No contexto do projeto o profissional de Hotelaria está contemplado o custo de alimentação e estadia do mesmo, porém o gerente do projeto poderá solicitar 1 a 2 auxiliares do quadro funcional do hospital para ajudar na viabilização do projeto na elaboração e coordenação de ações corretivas dentro da prática da hotelaria hospitalar. Também as elaborações dos manuais poderão ser criadas através de cópias simples, com custo a menor, pois foi orçado no valor de R\$ 10,00 cada.

REFERÊNCIAS

CASTELLI, Geraldo. **Gestão hotelaria**. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Administração Hoteleira**. 9. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

_____. **Turismo: atividade marcante**. 4. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

CULUCCI, Claudia. **Sem critérios desigualdade em saúde tende a aumentar**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/09/sem-criterios-desigualdade-em-saude-tende-a-aumentar-por-claudia-colucci/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CRETELLA JUNIOR, José. Sociedade de economia mista no Brasil. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/27230/26094>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

CHON, Kye -Sung. **Hospitalidade e aplicações**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Senac, 2014.

BECKER, Brian E. **Gestão estratégicas de pessoas com “scorecard”**: interligando pessoas, estratégias e performance. Rio de Janeiro. Elsevier, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoco mpilado.htm>. Acesso em: 11 set. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessos em: 30 nov. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 de set. 1990. p.18055.

_____. Ministério da Defesa Exército Brasileiro. **Portaria nº 244 que depõem sobre as Normas Técnicas Para o Funcionamento da Hotelaria Hospitalar: Nas Organizações Militares de Saúde do Exército**. Brasília: Ministério da Defesa Exército Brasileiro, 2010. Disponível em: <<http://www.dsau.eb.mil.br/docs/Normas%20tecnicas%20de%20Hotelaria%20Hospitalar.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização — PNH. **Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do sistema único de saúde**.

Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20Grupo%20Hosp%20Concei%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

_____. Decreto nº 8.065, de ago. 2013. **Aprova a Estrutura Regimento e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da saúde e remaneja cargos em comissão.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato20112014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessos em: 19 nov. 2016.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Introdução à administração.** São Paulo: Cengage Learning, 2010.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, Ernesto Lima (org.). **Gestão Hospitalar: administrando o Hospital Moderno.** São Paulo: Saraiva, 2006. 327 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAMMER, Michael. **Agenda: o que as empresas devem fazer para dominar esta década.** Rio de Janeiro. Campus, 2001.

LABOISSIÈRE, Paula. **Agência Brasil.** 2014. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/mais-de-90-dos-brasileiros-estao-insatisfeitos-com-a-saude>>. Acesso em: 4 out. 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONE, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MERHY, Emerson. **Conferência, aberta ao público,** realizada por Emerson Merhy na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, em 21 de setembro de 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Cen4OaV8sbM>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MATRIZ SWOT. Disponível em: <<http://www.sobreadministracao.com/matriz-swot-analise-guia-completo/>> Acesso em: nov. 2016.

MONTANDON, Alaim. **1 cultura. 2 Hospitalidade e relações culturais. 4. Relações interétnicas.** Editora Senac. São PAULO.2011

PLANEJAMENTO **ESTRATÉGICO.** Disponível em:
<<https://sites.google.com/site/planejajaweb/artigos>>. Acesso em: 4 out. 2016.

POWER, Tom; BARROWS Clayton. **Administração no setor de hospitalidade:** turismo, hotelaria, restaurante. São Paulo: Atlas, 2004.

PORTER, Michael E. **Repesando a saúde:** estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Bookman, 2007.

PRIDE, Willian. M; O.C. Ferrell. **Marketing conceitos e estratégicas.** Texas A&M University. Colorado State University. 2000.

SIMERS. **Sindicado Médico do Rio Grande do Sul.** 2016. Disponível em:
<<http://d229pb9itp72vj.cloudfront.net/wpcontent/uploads/2016/09/06180331/DOSSI%C3%8A-DA-SA%C3%9ADE-PORTO-ALEGRE.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2016.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar:** serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação, psicologia hospitalar. 4. ed. São Paulo:Atlas,20

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados dos profissionais que compõem a equipe do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre.

Dados de perfil

Gênero:

Feminino

Masculino

Data de nascimento:

____/____/____

Possui filhos?

Sim

Não

Se sim, quantos filhos? ____

Cor/raça autodeclarada:

branco(a)

pardo(a)

preto(a)

amarelo(a)

indígena

Check list dos Setores do Hospital.

Verificação Técnica de Nutrição – Itens de Verificação

Índice de qualidade	Nº Funcionário	Bom	Regular	Ruim
1. Uniformes Funcionários				
2. Quantidade de Funcionários				
3. Compras Alimentos e Bebidas				
4. Armazenamento Alimentos				

Observações Gerais: exemplo o item 2 se verifica que há 137 funcionários, porém são necessários apenas...

Verificação do Setor Higienização do Hospital – Itens de relacionados

Índice de qualidade	Nº Funcionário	Bom	Regular	Ruim
1. Uniformes Funcionários				
2. Quantidade de Funcionários				
3. Limpeza higienização dos leitos				
4. Limpeza dos anexos do hospital				
5. Limpeza dos acessos do Hospital				

Setor de Manutenção do Hospital – Itens verificados

Índice de qualidade	Verde	Vermelho	Amarelo
1. Elétrica			
2. Hidráulica			
3. Pinturas			
4. Marcenaria e Alvenaria			
5. Moveis em geral			

Exemplo das Cores:

Verde manutenção realizada no dia;

Vermelho manutenção realizará em 24 horas;

Amarelo manutenção em 48 horas.

Observações Gerais: Descrição dos problemas.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANALISE DE PRÁTICAS E POTENCIALIDADES DA HOTELARIA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), intitulado Conhecer os processos de Hotelaria Hospitalar, e quais são processos praticados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre, de autoria de Ilario Caubi Fraga de Andrade, que está sendo supervisionada pelo Professor Me. Daniel Klug, em sua Instituição. Cujo objetivo principal é implementar os processos de hotelaria hospitalar.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual serão incluídos: profissionais com vínculo empregatício com hospital e também os terceirizados que aceitarem participar da pesquisa, que atuam nos turnos da manhã, tarde e noite nos períodos de 8 horas, 6 horas e 12 horas, noite B; que tiverem atuando em seus cargos e funções no período de 1º de março de 2017 a 31 de dezembro de 2017 e que tiverem assinando TCLE.

Esta pesquisa apresenta os seguintes riscos: (A) eventuais incertezas e/ou inseguranças com relação à participação dos colaboradores do hospital; (B) não autorização do conselho administrativo do HNSC, pelas eventuais mudanças relacionadas a processos ou reformas estruturais.

E os seguintes benefícios: (a) gerará benefício imediato aos atores envolvidos e pacientes e familiares, assim como a própria instituição), ao passo que haverá a melhora dos processos que envolvem a qualidade assistencial do setor no tange hotelaria hospitalar; (b) poderá trazer vários benefícios a médio e longo prazo, como por exemplo, a criação de uma diretriz de formação educacional em saúde (Hotelaria Hospitalar), para a instituição; (c) diminuição dos desperdícios relacionados à: realização de retrabalho, devido a falhas existentes nos processos realizados; no setor de higienização e recepção do hospital; (d) participação dos profissionais ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos no que tange hotelaria

hospitalar, que poderão beneficiar tanto ao participante, como instituição e, principalmente, paciente - além de outras pessoas a médio e longo prazo. Após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa (CEP) será iniciada a coleta de dados que será realizada em 1º de março de 2017 a 31 de dezembro de 2017 (conforme o cronograma de execução das atividades).

O projeto será, previamente acordados pelo conselho de administração do hospital, e demais gerencias dos receptivos setores alancados no objeto de estudo do projeto preposto.

Espera-se, com esta pesquisa apresentar uma diretriz de formação educacional em saúde para a instituição.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através dos telefones (51) 9945.51387.

A qualquer momento, o Senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estarão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa só serão utilizados nos meios acadêmicos. Contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereços e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma.

Os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, não forneceremos por ela qualquer tipo de pagamento.

Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino, com Ilario Caubi Fraga de Andrade, administrador em Hotelaria (51) 9945.51387, e e-mail: ilarioandrade@hotmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2407.

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a participação do (a) mesmo (a) na pesquisa. Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que a participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

Para maiores esclarecimentos também dispomos do seguinte: endereço: Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 9h às 12h e das 14h30min às 17h. Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 9h às 12h e das 14h30min às 17h.

Ilario Caubi Fraga de Andrade
Administrador em Hotelaria

Orientador Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino. Daniel Klug

Sujeito de pesquisa

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Nome do pesquisado

Assinatura do pesquisado

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Observação: O presente documento nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do paciente ou de seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANALISE DE PRÁTICAS E POTENCIALIDADES DA HOTELARIA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

Prezado (a) Senhor (a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **ANALISE DE PRÁTICAS E POTENCIALIDADES DA HOTELARIA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE**, de autoria de Ilario Caubi Fraga de Andrade, que está sendo supervisionada pelo Professora Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino, a qual têm vínculo empregatício com esta Instituição. Este projeto cujo objetivo principal é implementar processos relacionados a hotelaria hospitalar.

A fim de atingir os objetivos específicos que estão relacionados às (2) duas fases realizadas em momentos distintos: (1ª fase) ; conhecer os setores/áreas, instituições de saúde, cargos e funções de atuação profissional; (2ª fase) traçar o perfil, grau de escolaridade, relação de cargo e função conhecer as expectativas dos profissionais em relação ao exercício do cargo e função realizada e expectativa para implantação de hotelaria hospitalar no HNSC.; conhecer o alinhamento institucional, conhecimento da missão e propósitos institucionais; identificar o reconhecimento das atribuições profissionais exercidas no HNSC.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde serão incluídos: todos os profissionais com vínculo empregatício e terceirizados do hospital, que atuam principalmente na área que tange prestação de serviços na área da hotelaria hospitalar, que aceitem participar da pesquisa, que atuam nos turnos da manhã, tarde e noite nos períodos de 8 horas, 6 horas e 12 horas, noite B; que tiverem atuando em seus cargos e funções no período de 1º de março de 2017 a 31 de dezembro de 2017 e que tiverem assinando TCLE.

Não serão elegíveis para a pesquisa os profissionais que atuam na equipe do hospital que não quiserem participar ou que estejam afastados (por licença ou férias) durante o período de realização do projeto pesquisa.

Esta pesquisa apresenta os seguintes riscos: (A) eventuais incertezas e/ou inseguranças com relação à participação dos colaboradores do hospital; (B) não autorização do conselho administrativo do HNSC, pelas eventuais mudanças relacionadas a processos ou reformas estruturais.

E os seguintes benefícios: (a) gerará benefício imediato aos atores envolvidos e pacientes e familiares, assim como a própria instituição), ao passo que haverá a melhora dos processos que envolvem a qualidade assistencial do setor no tange hotelaria hospitalar; (b) poderá trazer vários benefícios a médio e longo prazo, como por exemplo, a criação de uma diretriz de formação educacional em saúde (Hotelaria Hospitalar), para a instituição; (c) diminuição dos desperdícios relacionados à: realização de retrabalho, devido a falhas existentes nos processos realizados; no setor de higienização e recepção do hospital; (d) participação dos profissionais ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos no que tange hotelaria hospitalar, que poderão beneficiar tanto ao participante, como instituição e, principalmente, paciente - além de outras pessoas a médio e longo prazo. Após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa (CEP) será iniciada a coleta de dados que será realizada em 1º de março de 2017 a 31 de dezembro de 2017 (conforme o cronograma de execução das atividades).

O projeto será, previamente acordados pelo conselho de administração do hospital, e demais gerencias dos receptivos setores alancados no objeto de estudo do projeto preposto.

Espera-se, com esta pesquisa apresentar uma diretriz de formação educacional em saúde para a instituição.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através dos telefones (51) 9945.51387.

A qualquer momento, o Senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estarão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa só serão utilizados nos meios acadêmicos. Contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes,

endereços e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma.

Os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, não forneceremos por ela qualquer tipo de pagamento.

Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino, com Ilario Caubi Fraga de Andrade, administrador em Hotelaria (51) 9945.51387, e e-mail: ilarioandrade@hotmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2407.

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a participação do (a) mesmo (a) na pesquisa. Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que a participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

Para maiores esclarecimentos também dispomos do seguinte: endereço: Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 9h às 12h e das 14h30min às 17h. Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 9h às 12h e das 14h30min às 17h.

Ilario Caubi Fraga de Andrade
Administrador em Hotelaria

Orientador Esp. Denise Helena Barbosa Tolentino. Daniel Klug

Sujeito de pesquisa

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Nome do pesquisado

Assinatura do pesquisado

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Observação: O presente documento nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do paciente ou de seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

ANEXO A - NORMA HOTELARIA HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES MILITARES DE SAÚDE DO EXÉRCITO

Art. 2º O ambiente do hospital precisa ser percebido como acolhedor, em sua forma mais ampla, abrangendo os aspectos tangíveis e intangíveis do atendimento, de forma a propiciar aos usuários do Sistema de Assistência Médica aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED) um atendimento que contemple todas as dimensões da qualidade.

Art. 3º A expressão cliente de saúde, no contexto hospitalar, é bem abrangente e envolve, além da pessoa enferma, os familiares, acompanhantes e visitantes, daí a importância de se adotar estratégias que repensem a filosofia de acolhimento e possam garantir conforto, hospitalidade, segurança e qualidade dos serviços médico-hospitalares.

Nessa linha se estabelece as funções e suas prerrogativas, aqui cabe destacar a função do Gerente da Hotelaria Hospitalar na unidade de saúde do Exército Brasileiro:

Art. 59. O Gerente de Hotelaria Hospitalar é o responsável pelo funcionamento do serviço, tornando-o instrumento de apoio para os cuidados médico-hospitalares e tem as seguintes atribuições:

I – planejar, coordenar e supervisionar todas as etapas da adequação do serviço da Hotelaria Hospitalar na OMS;

II – Utilizar eficientemente os recursos e propor à Direção da OMS os investimentos necessários em instalações, pessoal qualificado e cursos de treinamento;

III – conduzir reuniões com gerentes, coordenadores, chefias e demais colaboradores da área de hotelaria, objetivando o aprimoramento do serviço;

IV – Avaliar regularmente o desempenho de todos os funcionários e desenvolver ao máximo o potencial de cada um, por meio de treinamento permanente;

V – Estimular a interação da hotelaria com todos os serviços médico-hospitalares, promovendo a confiança do corpo clínico e um trabalho harmônico e integrado;

VI – Acompanhar a evolução da Hotelaria Hospitalar em outras instituições;

VII – reunir-se com os demais chefes de divisões da instituição para avaliar o

desempenho e o impacto da Hotelaria Hospitalar em seus setores e adotar as devidas correções, quando necessárias;

VIII – participar de feiras e congressos voltados para a área hospitalar ou de hotelaria, mantendo-se atualizado sobre as mudanças do mercado;

IX – Dedicar especial atenção ao agendamento de internações (mapa de reservas), à programação cirúrgica, e verificar com o corpo clínico a melhor estratégia para distribuir as internações clínicas e cirúrgicas ao longo da semana, levando em consideração critérios técnicos, administrativos e, principalmente, critérios médicos voltados para a prioridade de cada cliente de saúde;

X – Conscientizar os médicos da importância de dar alta aos clientes de saúde nas primeiras horas do dia e os benefícios que esta conduta pode trazer para as internações do dia que, na maioria das vezes, dependem das altas previstas e não efetuadas; e

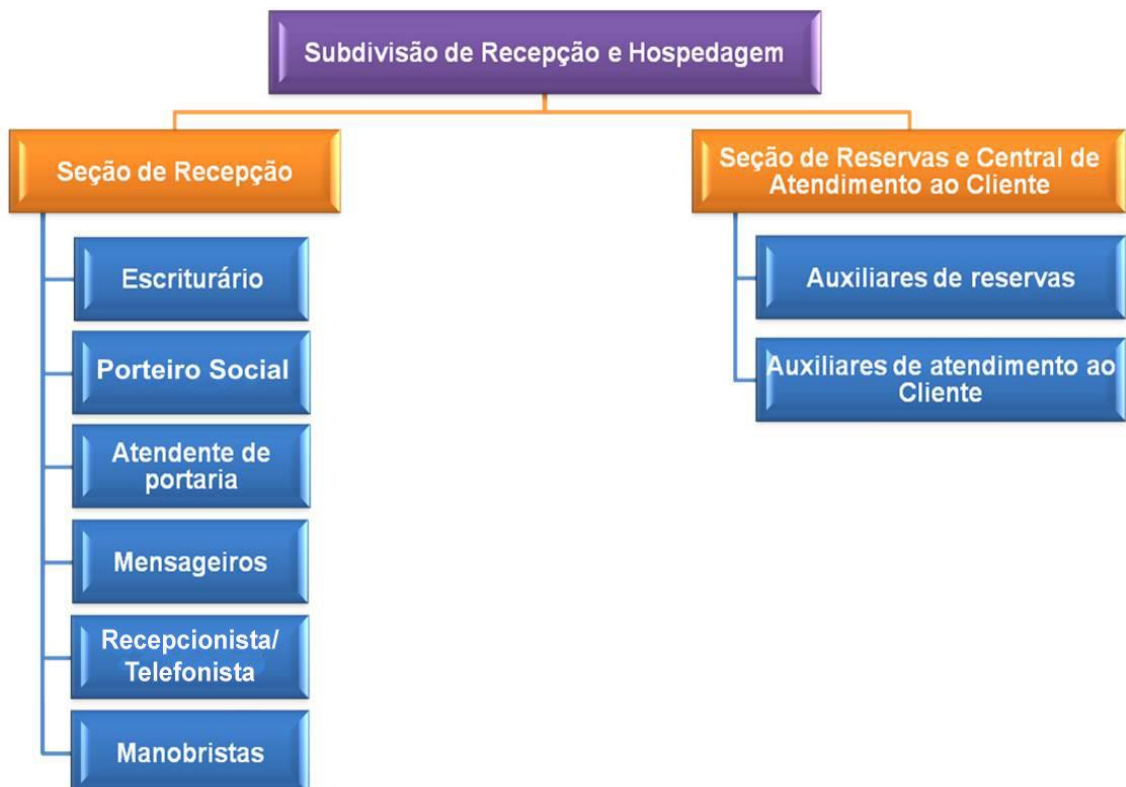
XI – analisar os relatórios estatísticos de ocupação e de avaliação (pesquisa de opinião da Ouvidoria), elaborados mensalmente, e baseado neles, extrair os relatórios que deverão ser encaminhados ou apresentados à Direção da OMS. Além disso, no Anexo A está definido o organograma das funções pertinentes a hotelaria hospitalar do Exército Brasileiro.

**ANEXO B - ORGANOGRAMA DO EXÉRCITO BRASILEIRO DO
FUNCIONAMENTO DA HOTELARIA HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES
MILITARES DE SAÚDE DO EXÉRCITO**

1. Divisão de Hotelaria Hospitalar:



1.1 Subdivisão de Recepção e Hospedagem:



1.2 Subdivisão de Nutrição e Dietética:



1.3 Subdivisão de Governança

