

HOTELARIA E ARQUITETURA HOSPITALAR

Prof.^a Carla Eunice Gomes Corrêa



2015



Copyright © UNIASSELVI 2015

Elaboração:

Prof.^a Carla Eunice Gomes Corrêa

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri

UNIASSELVI – Indaial.

647.9403

C824h Corrêa, Carla Eunice Gomes

Hotelaria e arquitetura hospitalar/ Carla Eunice Gomes Corrêa.
Indaial : UNIASSELVI, 2015.

200 p. : il.

ISBN 978-85-7830-939-8

1. Hotelaria.

I. Centro Universitário Leonardo Da Vinci.

APRESENTAÇÃO

A gestão das unidades hospitalares, assim como os demais setores econômicos, tem apresentado desafios para os gestores. Na busca pela qualidade dos serviços ofertados e também pela competitividade imposta pelo mercado, as unidades hospitalares têm buscado se adequar a estes novos clientes de saúde que vão aos hospitais em busca de atendimento e têm se demonstrado muito exigentes e conhecedores de seus direitos.

Neste contexto, muitos dos conceitos aplicados anteriormente aos estabelecimentos hoteleiros, cada vez mais são aplicados ao setor de saúde, uma vez que, nestas unidades o cliente de saúde também se hospeda tanto para tratamento de saúde, como também pelo novo conceito de turismo de saúde que estudaremos no decorrer desta disciplina.

Desta forma, esta disciplina visa apresentar os conceitos de hospedagem, hospitalidade e serviços de hotelaria podem e devem ser aplicados nos hospitais para oferecer ao cliente de saúde cada vez mais serviços de qualidade que o levam à fidelização.

Além disso, você terá a oportunidade de estudar como os elementos da arquitetura hospitalar poderão contribuir na satisfação do cliente e para a humanização do atendimento prestado.

Espero que você aproveite os estudos desta disciplina e que este conhecimento possa contribuir na sua formação de gestão hospitalar.

Bons estudos!

Prof.^a Carla Eunice Gomes Corrêa



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, *tablet* ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo *layout*, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o **ENADE**?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades.



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE.



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O **MEC – Ministério da Educação**.

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso.



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas.



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE!



SUMÁRIO

UNIDADE 1 – A HOSPITALIDADE E HOTELARIA NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	1
TÓPICO 1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE HOSPEDAGEM E HOSPITALIDADE.....	3
1 INTRODUÇÃO.....	3
2 HISTÓRIAS DAS HOSPEDAGENS E HOSPITAIS	4
2.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS.....	4
2.2 A HOSPITALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	9
2.3 HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	12
LEITURA COMPLEMENTAR.....	13
LEITURA COMPLEMENTAR 2.....	17
RESUMO DO TÓPICO 1.....	19
AUTOATIVIDADE	20
TÓPICO 2 – HOTELARIA HOSPITALAR: UM NOVO CONCEITO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	21
1 INTRODUÇÃO.....	21
2 CONCEITOS E PRINCÍPIOS DO SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR.....	22
2.1 PRINCÍPIOS DA HOTELARIA HOSPITALAR NO ATENDIMENTO AO CLIENTE.....	24
3 HOTELARIA HOSPITALAR NO BRASIL	25
LEITURA COMPLEMENTAR.....	27
LEITURA COMPLEMENTAR 2.....	29
RESUMO DO TÓPICO 2.....	32
AUTOATIVIDADE	33
TÓPICO 3 – A QUALIDADE NO CONTEXTO DA HOTELARIA HOSPITALAR	35
1 INTRODUÇÃO.....	35
2 GESTÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR	36
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	36
2.2 A COMPLEXIDADE DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE HOTELARIA HOSPITALAR.....	38
2.3 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	41
3 QUALIFICAÇÃO E QUALIDADE NOS SERVIÇOS HOTELEIROS DA SAÚDE	44
3.1 INDICADORES DE QUALIDADE EM HOTELARIA HOSPITALAR	47
LEITURA COMPLEMENTAR.....	49
RESUMO DO TÓPICO 3.....	54
AUTOATIVIDADE	55
UNIDADE 2 – IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR	57
TÓPICO 1 – IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR	59
1 INTRODUÇÃO.....	59
2 OPERACIONALIZAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR.....	60
2.1 DEPARTAMENTOS E CARGOS NA HOTELARIA HOSPITALAR.....	61
2.2 DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DE HOTELARIA.....	62

2.3 DEPARTAMENTO DE RECEPÇÃO	62
2.4 GOVERNANÇA HOSPITALAR.....	66
2.4.1 – Higienização e limpeza.....	67
2.4.2 – Gestão de resíduos sólidos.....	71
2.4.3 – Rouparia e lavanderia.....	72
2.5 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.....	76
2.6 ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E EVENTOS.....	79
LEITURA COMPLEMENTAR.....	81
RESUMO DO TÓPICO 1.....	83
AUTOATIVIDADE	84
TÓPICO 2 – CUSTOS E BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO	
DA HOTELARIA HOSPITALAR	85
1 INTRODUÇÃO	85
2 ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO EM HOTELARIA HOSPITALAR	85
2.1 OS PROCESSOS NA HOTELARIA HOSPITALAR.....	86
2.2 PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO EM HOTELARIA HOSPITALAR.....	88
2.3 SEGURANÇA E CONTROLE DO HOSPITAL	89
3 OS CUSTOS DA IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR	92
3.1 CONCEITOS DE CUSTOS.....	92
3.2 BENEFÍCIOS X CUSTOS DA HOTELARIA HOSPITALAR	93
LEITURA COMPLEMENTAR.....	96
RESUMO DO TÓPICO 2.....	100
AUTOATIVIDADE	101
TÓPICO 3 – A HOTELARIA HOSPITALAR E OUTROS DEPARTAMENTOS.....	103
1 INTRODUÇÃO	103
2 RECEBENDO O CLIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR	103
2.1 A IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE RESERVAS.....	104
2.2 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR	106
2.3 A INFORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	108
3 OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS TÉCNICOS	
(ENFERMAGEM, MÉDICO, E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR).....	110
3.1 OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR	111
3.2 A PSICOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO: SUA CONTRIBUIÇÃO	
COM A HOTELARIA HOSPITALAR.....	112
LEITURA COMPLEMENTAR.....	117
RESUMO DO TÓPICO 3.....	120
AUTOATIVIDADE	121
UNIDADE 3 – ARQUITETURA HOSPITALAR E AS NOVAS TENDÊNCIAS	123
TÓPICO 1 – ARQUITETURA HOSPITALAR.....	125
1 INTRODUÇÃO	125
2 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A ARQUITETURA HOSPITALAR.....	125
2.1 EVOLUÇÕES DA ARQUITETURA HOSPITALAR NO MUNDO	127
2.2 SURGIMENTO DA ARQUITETURA HOSPITALAR NO BRASIL.....	129
2.3 LEGISLAÇÃO APLICADA ÀS CONSTRUÇÕES HOSPITALARES	132
LEITURA COMPLEMENTAR.....	137
RESUMO DO TÓPICO 1.....	141
AUTOATIVIDADE	142

TÓPICO 2 – FUNCIONAMENTO FÍSICO DO HOSPITAL	143
1 INTRODUÇÃO	143
2 GESTÃO DOS ESPAÇOS FÍSICOS DO HOSPITAL	144
2.1 ORGANIZAÇÃO DAS CIRCULAÇÕES E FLUXOS NOS ESPAÇOS HOSPITALARES....	147
3 PLANO DIRETOR NO PLANEJAMENTO HOSPITALAR	152
4 DEPARTAMENTOS DO HOSPITAL	154
4.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	154
4.2 UNIDADE DE RADIOLOGIA OU IMAGIOLOGIA.....	157
4.3 CENTRO CIRÚRGICO.....	159
4.4 CENTRO OBSTÉTRICO.....	160
4.5 UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA	162
4.5.1 Classificação das atividades de internação	163
4.6 PRONTO-SOCORRO	165
LEITURA COMPLEMENTAR	167
RESUMO DO TÓPICO 2	170
AUTOATIVIDADE	171
TÓPICO 3 – NOVAS TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA HOSPITALAR	173
1 INTRODUÇÃO	173
2 HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR	173
2.1 O ESTUDO DA AMBIÊNCIA HOSPITALAR	175
3 SUSTENTABILIDADE NA ARQUITETURA HOSPITALAR	179
3.1 CONCEITO DE SUSTENTABILIDADE	179
3.2 AÇÕES DE SUSTENTABILIDADE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	181
3.3 ARQUITETURA HOSPITALAR SUSTENTÁVEL	185
LEITURA COMPLEMENTAR	188
RESUMO DO TÓPICO 3	190
AUTOATIVIDADE	191
REFERÊNCIAS	192

A HOSPITALIDADE E HOTELARIA NO CONTEXTO DA SAÚDE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade, você será capaz de:

- conhecer os principais conceitos aplicados à hospitalidade;
- diferenciar hospitalidade de hospedagem;
- conhecer a evolução histórica da hospedagem em hospitais;
- distinguir os tipos de hospedagens hospitalares;
- compreender e diferenciar o cliente de saúde e os pacientes de hospitais.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No final de cada um deles, você encontrará atividades que contribuirão para sua reflexão e análise dos estudos já realizados.

TÓPICO 1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE HOSPEDAGEM E
HOSPITALIDADE

TÓPICO 2 – HOTELARIA HOSPITALAR: UM NOVO CONCEITO
NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

TÓPICO 3 – A QUALIDADE NO CONTEXTO DA HOTELARIA
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE HOSPEDAGEM E HOSPITALIDADE

1 INTRODUÇÃO

Acadêmico! Os serviços de hospedagem passaram por um processo de evolução no decorrer dos anos chegando a ser aplicados aos hospitais. Você verá nos seus estudos que antigamente as pessoas procuravam se hospedar em hospitais quando o seu nível de doença estava bem avançado.

Atualmente, além de nos depararmos com novas tendências no setor da saúde, também observamos que as pessoas procuram a hospedagem em hospitais por diversos fatores que possam influenciar na qualidade do seu bem-estar.

Sócrates em seu livro “Ares, águas e lugares”, um dos mais significativos livros do *Corpus Hipocraticum* já demonstrava em detalhes como o bem-estar dos indivíduos é influenciado pelos fatores ambientais – a qualidade do ar, da água e dos alimentos, a topografia da terra, os hábitos gerais de vida. (CAPRA, 1982).

Veremos neste tópico que a pessoa, ao adentrar no hospital, passava a ser paciente e, como tal, seus desejos e vontades acabavam sendo deixados de lado, e prevalecia o que a estrutura do hospital e sua equipe poderia proporcionar naquele momento.

Ao contrário de uma fábrica, os hospitais oferecem aos seus clientes serviços. E, por isso, oferecer qualidade neste ramo de atividade é um desafio, pois, ao final da produção de um bem verificamos o produto e vemos se ele foi produzido dentro dos padrões de qualidade esperado. O serviço é fabricado no ato da entrega e não podemos revisá-lo antes da entrega.

Assim, neste tópico vamos estudar a evolução histórica da hospitalidade iniciando a sua aplicabilidade nos conceitos tradicionais que conhecemos (aplicados ao lazer) até sua evolução ao serviço de saúde e como prestar esse serviço com a qualidade que o cliente deseja e/ou espera.

2 HISTÓRIAS DAS HOSPEDAGENS E HOSPITAIS

Os hospitais tiveram suas origens nos primórdios da antiguidade, como sendo um local onde as pessoas enfermas eram deixadas para morrer. Mas, com o avanço da medicina e do processo de cuidar estes locais passaram por um processo evolutivo conforme veremos a seguir.

2.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS

Hotéis e hospitais iniciaram suas atividades do mesmo tipo de empreendimento: albergues para abrigar peregrinos e que também recebiam pessoas enfermas (BOERGER, 2005). Atualmente, são parte de um grupo chamado pelo setor turístico de **meio de hospedagem** (BOERGER, 2005).



Meio de Hospedagem é um estabelecimento comercial de hospedagem, que fornece aposentos mobiliados, com banheiro privativo, para ocupação eminentemente temporária, oferecendo serviço completo de alimentação, além dos demais serviços inerentes à atividade hoteleira. (BOERGER, 2005).

A palavra **hospital** teve sua origem do latim, que significa ser hospitaleiro ou hóspede. Local caracterizado como nosocômio, ou seja, local onde pessoas doentes e/ou desequilibradas buscavam abrigo. Entretanto, quando falamos de hospedagem geralmente nos remetemos a um local onde as pessoas buscam se hospedar por diversas razões como: viagens a negócios, viagens de lazer e não um local para pessoas doentes.

Mas como surgiram os primeiros hospitais?

De acordo com Moraes, Cândido e Vieira (2004), foi com o budismo que surgiram as primeiras instituições hospitalares com características de hospital, ou seja, um local destinado ao tratamento e cuidados de pessoas enfermas.

Os hospitais se propagaram com o passar dos séculos. Em 360 a.C., surgiu, em Roma, o primeiro hospital com o objetivo de restaurar a saúde, de forma muito precária, com tratamento limitado.

FIGURA 1 – SALA DE UM HOSPITAL NA IDADE MÉDIA



FONTE: Disponível em: <http://www.pliniocorreadeoliveira.info/Dis_19650325_A_Idade_M%C3%A9dia.htm>. Acesso em: 14 jun. 2015.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) hospitais são:

Todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos (QUINTO NETO; BITTAR, 2003, p.13).

Boerger (2003) coloca que com o desenvolvimento dos hospitais que foram se especializando nos aspectos assistenciais, a terminologia de sua designação passou por uma evolução de acordo com a época e o local, conforme descrito no quadro a seguir.

QUADRO 1 – TERMINOLOGIAS DE HOSPITAIS

Terminologia	Significado
<i>Nosodochium</i>	Local para receber doentes.
<i>Nosocomium</i>	Local para tratar doentes. Asilo de enfermos.
<i>Pitoxotrophium</i>	Asilo para pobres.
<i>Poedotrophium</i>	Asilo para crianças.
<i>Xenotrophium</i>	Asilo e refúgio para viajantes estrangeiros.
<i>Gynotrophium</i>	Hospital para mulheres.
<i>Gerontokomium</i>	Asilo para velhos.
<i>Hospitium</i>	Hospital para doentes.

FONTE: Boerger (2003)

Alguns acontecimentos foram marcantes na história dos hospitais como, por exemplo, a construção do Hospital de Deus, que em 1872 era considerado o maior hospital da Europa com uma enfermaria composta de 1.100 leitos individuais e 600 leitos coletivos. (BOERGER, 2003).



O Primeiro hospital do Brasil é a **Santa Casa de Santos**, do Estado de São Paulo, que foi inaugurado em 1º de novembro 1543.

A construção teve início em 1542, por iniciativa do português Braz Cubas, líder do povoado do porto de São Vicente, posteriormente Vila de Santos. Ele teve o auxílio dos próprios moradores da região.

Em 1665 foi concluído o segundo prédio, edificado onde hoje é a praça Visconde de Mauá. A inauguração do terceiro prédio aconteceu em 1836, no atual morro do Monte Serrat e foi parcialmente destruído por um deslizamento de terra em 1928.



Santa Casa de Misericórdia

FONTE: Disponível em: <http://www.rankbrasil.com.br/Recordes/Materias/06VU/Primeiro_Hospital_Do_Brasil>. Acesso em: 14 jun. 2015.

De acordo com Boerger (2003, p. 20), encontram-se na literatura diversos tipos de hospitais:

Valetudinárias: eram modestas enfermarias que prestavam atendimento aos gladiadores romanos e aos guerreiros. Localizadas próximos aos alojamentos das tropas e às arenas, deram origem aos hospitais militares e às atividades da Cruz Vermelha Internacional.

Tabernae medicar: de origem grega, destinava-se ao pronto atendimento dos indivíduos sem o rime de internação, como em um ambulatório. A *tabernae medicar* contribuiu para a gradativa evolução nosocomial (grifo nosso).

Com o avanço da medicina ao longo dos séculos, os hospitais foram se reestruturando conforme a necessidade, ou seja, os hospitais têm vivido um mercado com mais demanda do que oferta, fazendo com que as instituições de saúde se adaptem às exigências dos clientes.

O perfil dos clientes dos hospitais também mudou. No passado, os clientes buscavam as instituições que ofereciam serviços médicos. Nas últimas décadas, além disso, os clientes buscam também benefícios no atendimento como: tratamento médico competente, tecnologia de ponta e equipamentos novos. Atualmente, os clientes sabem que nem todas as instituições podem contar com tecnologia e conhecimento científico, mas, procuram estruturas que ofereçam atendimento humanizado, com respeito, dedicação, serviços de hotelaria. (TARABOULSI, 2004).

Você pode estar se perguntando: os hospitais têm clientes ou pacientes?

Taraboulsi (2004) coloca que as instituições de saúde são prestadoras de serviços, então elas têm clientes de saúde, embora a expressão cliente de saúde sempre esteve restrita à palavra paciente.

A palavra **paciente** significa resignado, aquele que espera serenamente um resultado, indivíduo doente, sob tratamento médico (HOUAISS, 2009).

Cliente significa quem recebe em troca de pagamento serviços, de advogado, dentistas, médicos etc.

Diante das mudanças e dos fatores que influenciam as necessidades da sociedade é importante que se passe a adotar a palavra cliente de saúde, pois abrange mais que a pessoa enferma, os familiares, acompanhantes. Trata-se de um atendimento a um ser humano que geralmente ao chegar na instituição, está passando por um momento de instabilidade emocional, dores e muitas vezes perda de entes queridos. E, por isso, espera um atendimento que venha ao encontro de suas expectativas. (TARABOULSI, 2004).



O **Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV)** desde a sua criação em 1863, tem como único objetivo garantir a proteção e a assistência às vítimas de conflitos armados e tensões. Para isso, realiza ações diretas no mundo todo, incentiva a aplicação do Direito Internacional Humanitário (DIH) e promove o seu respeito por parte dos governos e de todos os portadores de armas. A sua história é a história do desenvolvimento da ação humanitária, das Convenções de Genebra e do Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Para saber mais acesse o site: <<https://www.icrc.org/pt>>.

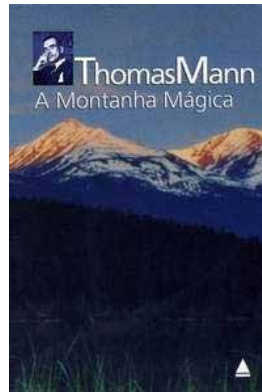
A partir do século XIX as instituições hospitalares começam a ser vistas como organizações prestadoras de serviços médicos, que além do cuidado integral à saúde, com novas tecnologias, instalações e equipamentos, também oferecem serviço de qualidade no período de hospitalização.



Para você compreender melhor como funcionavam os hospitais nos primórdios, sugiro a leitura do livro *A Montanha Mágica*.

MANN, Thomas. **A montanha mágica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

Hans Castorp vai ao sanatório de Berghof, na aldeia suíça de Davos Platz, para visitar um primo. Acaba ficando lá por sete anos, período em que convive com diferentes personalidades, as quais procura analisar, enquanto sua própria doença evolui - e ele mesmo se transforma. Os personagens procuram em si, nos outros e no mundo que os rodeia um sentido que lhes explique a vida, o amor e a morte. Todas as tendências do pensamento, todos os conflitos morais, psicológicos, sociais e políticos estão aí representados.



2.2 A HOSPITALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de hospitalidade é antigo, mas os estudos sobre esta temática na área hospitalar ainda são muito recentes. A origem da palavra hospitalidade deriva do latim *hospitalis* que “designava a hospedagem gratuita e a atitude caridosa oferecida aos indigentes e dos viajantes acolhidos nos conventos, hospícios e hospitais”. (GRINOVER, 2002, p. 26-27).

De acordo com Lashley (2004, p. 2), entende-se por hospitalidade “o conjunto de atividades do setor de serviços associadas à oferta de alimentos, bebidas e acomodação [...] era a que melhor descrevia as atividades previamente conhecidas como hotelaria e *catering*”.

FIGURA 2 – HOSPITALIDADE NA ANTIGUIDADE



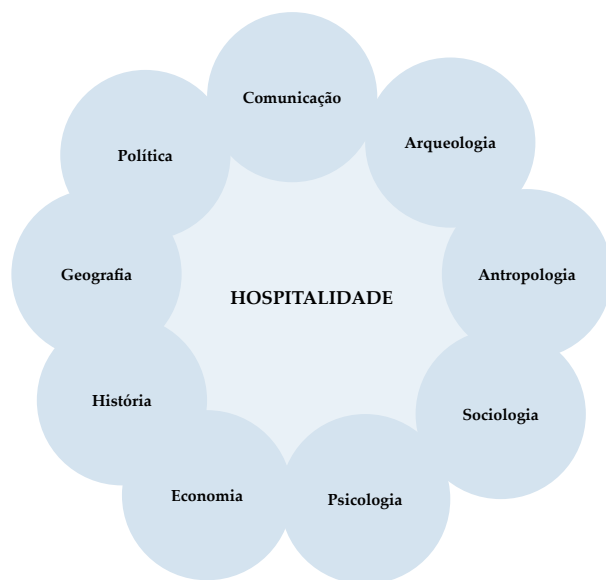
FONTE: Disponível em: <<http://www.mulherespiedosas.com.br/introducao-a-pratica-da-hospitalidade-por-rebecca-vandoodewaard/>>. Acesso em: 15 jun. 2015.



“O entendimento mais amplo a respeito da hospitalidade sugere, em primeiro lugar, que esta é, fundamentalmente, o relacionamento construído entre anfitrião e hóspede.” (LASHLEY, 2004, p. 21).

A hospitalidade é um mercado formado por organizações que ofertam serviços e produtos relacionados à hospedagem, atendimento, recepção e reflete a qualidade de vida de um local e a sua cultura. O conceito de hospitalidade permeia o objeto de estudos de várias ciências (CASTELLI, 2010).

FIGURA 3 – ABRANGÊNCIA DO CONCEITO DE HOSPITALIDADE



FONTE: Castelli (2010)

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

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

Nos dias atuais a hospitalidade praticada pela sociedade contemporânea, em destaque os meios de hospedagem e por outras organizações prestadoras de serviços, como por exemplo, os hospitais, passam por um processo de evolução.

O quadro a seguir apresenta como as práticas sociais se inserem dentro do processo da hospitalidade. Você observará que Camargo (2004) para explicar essas relações criou dois eixos:

Primeiro Eixo: contempla os tempos sociais da hospitalidade humana que inclui o receber/hospedar pessoas, hospedá-las, alimentá-las e entretê-las.

Segundo Eixo: fala dos espaços sociais nos quais o processo se desenrola, ou seja, inclui o doméstico, o público, o comercial e o virtual.

QUADRO 2 – PRÁTICAS SOCIAIS E PROCESSO DA HOSPITALIDADE

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

FONTE: Camargo (2004, p. 84)

As coisas que moldam nosso comportamento e nossas atitudes para que nos tornemos pessoas melhores estão pautadas em comportamentos simples de sermos hospitaleiros, e isso não envolve altos investimentos por parte das instituições de saúde, trata-se de algo do próprio ser humano, como tratar bem o outro, e isso em quaisquer das práticas sociais descritas no quadro acima.

A Hospitalidade é percebida quando o paciente, fragilizado em seu estado físico, psicológico e emocional, for atendido nas suas necessidades, angústias, dúvidas, questionamentos e se sinta em um ambiente que lhe deixe confortável, tranquilo, acolhido e seguro. (ANDRADE, 2011, p. 29).

A hospitalidade está se transformando num parâmetro para a mensuração da qualidade dos produtos, serviços e processos, pois, além de estar voltada para a arte da receptividade, respeito, bondade, tem se integrado às questões econômicas, sociais, culturais, políticas com o objetivo de recuperar a prática da cortesia e acolhimento. (TARABOULSI, 2004).



Sugestão de leitura: CAMPOS, Sinara Rafaela. **Os cinco sentidos da hospitalidade.** Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/oit/article/view/5694/4408>>. Acesso em: 3 jun. 2015.

2.3 HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Os avanços nos serviços de saúde têm sido crescentes. A cada dia novas tecnologias vão surgindo para o tratamento de doenças e melhoria da qualidade de vida da sociedade. Mas, nem sempre estes avanços são percebidos e chamam a atenção dos clientes. Isso ocorre porque o contato e a relação entre cliente e instituições ainda passam por um processo de aprimoramento.

A hospitalidade enquanto acolhimento afetuoso é premissa a ser trabalhada com todas as áreas que possuem alguma ligação com o cliente. Suas ações devem ser direcionadas no sentido de propiciar o melhor atendimento possível. (VIDES, 2007).

Observa-se que o número de queixas pelos atendimentos ainda é representativo nos serviços de ouvidoria tanto das instituições como na ouvidoria do Sistema do Ministério da Saúde (Ouvidoria do SUS).

LEITURA COMPLEMENTAR**EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA OUVIDORIA DO SUS**

A Ouvidoria-Geral do SUS foi concebida, diferentemente de outras, disseminando informações em saúde e, portanto, agindo em primeiro nível de atendimento, sem prejuízo das demais características de um serviço de ouvidoria tradicional. Considera-se que sua gênese deu-se no ano de 1996 como consequência de uma estratégia de enfrentamento da pandemia da AIDS, qual seja: um número de telefone gratuito colocado à disposição da sociedade para informar sobre a doença pelo serviço chamado Pergunte AIDS - 0800 61 2437, tratando de responder a perguntas e dúvidas da população a respeito da AIDS e das demais Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs.

Com o sucesso desse serviço, iniciou-se um processo de expansão do serviço, ampliando o elenco de informações para outras doenças infecciosas, doenças cardíacas, ações e políticas de saúde, conselhos de saúde, transplantes de órgãos dentre outros, além de registrar denúncias, reclamações e sugestões. Em 11 de abril de 2002, criou-se, por meio do Decreto nº 4.194, o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos Usuários do SUS, considerado a primeira experiência aproximada de um serviço de Ouvidoria no SUS. A partir dele, foram agregados todos os serviços de contato com os cidadãos que existiam no Ministério da Saúde - MS, como a Central de Teletendimento Disque Saúde e o Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do SUS - SAC-SUS.

Em 9 de julho de 2003, o Decreto Presidencial nº 4.726 regulamentou a estrutura do Ministério da Saúde - MS, instituindo o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS - DOGES, vinculado à recém-criada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEPE e definindo, dentre outras competências, a responsabilidade de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidorias do SUS. Atualmente está em vigor o Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013, que novamente reafirmou as atribuições e competências do DOGES/SGEP/MS.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório Gerencial 2014. Brasília/DF, 19 de março de 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/20/relatorio-ouvidoria-2014.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

Geralmente o cliente que procura uma instituição de saúde está com algum problema de saúde, ou vem em busca de informações sobre alguém que se encontra em tratamento de saúde. Neste momento, seu estado emocional está alterado, com angústias, ansiedade, medo e muitas vezes, até agressividade e nem percebe os afetos do atendimento, e age inconscientemente. “Ficamos satisfeitos ao sermos recebidos com um sorriso, quando uma pessoa nos olha de frente e demonstra total atenção enquanto falamos. Atitudes não verbais contam muito no atendimento pessoal [...]”. (PADILHA, 2007, p. 48).

Mas, muitas vezes, a falta de clareza das informações repassadas acaba sendo o motivo pela maioria das reclamações recebidas nesses canais de comunicação. (ZANOVELLO; GUIMARÃES, 2007). Você pode observar que a falta de atendimento e a qualidade deste vira notícia com muita frequência devido às reclamações dos usuários do SUS.

Diante destas situações que vêm ocorrendo no decorrer dos anos, e preocupados com a qualidade dos atendimentos aos usuários do SUS, o Ministério da Saúde criou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e atualmente, já se expandindo para as unidades básicas de saúde e as Unidades de Estratégia de Saúde da Família - ESF.

O PNHAH tem por objetivo melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, através de ações que dão ênfase à melhora da assistência, focando principalmente nas relações entre usuários e profissionais da área da saúde. Além disso, a PNHAH também objetiva a garantia e efetivação do SUS, através da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde.



Para obter mais informações sobre o PHNAH, você pode acompanhar o *site* da Rede Humaniza-SUS, um canal de comunicação nacional onde são apresentadas diversas reflexões sobre o desenvolvimento da humanização na atenção à saúde em vários estados brasileiros. Para saber mais acesse: <<http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>>.

Quando falamos em humanização no ambiente hospitalar estamos nos referindo ao serviço de qualidade que encanta os clientes. Esse processo envolve cores suaves, plantas, pessoas motivadas e dispostas a ajudar. Os clientes (enfermos, familiares, acompanhantes e visitantes) sentem-se confiantes e motivados quando a solidariedade é percebida no atendimento dado pela equipe já no momento de sua recepção. Além disso, a humanização envolve todo um processo de mudança comportamental, cultural e na aparência do espaço físico como veremos na Unidade 3 deste caderno.

Mas, para Taraboulsi (2004), todo o processo de inserir hospitalidade, hotelaria e humanização no ambiente hospitalar requer pessoas inovadoras, comprometidas com mudanças, que sejam capazes de se adequar às necessidades dos clientes que atualmente estão cada vez mais exigentes e com uma consciência global apurada. Por isso, as instituições devem estar aptas a mudar quantas vezes for necessário.

Apesar de muitos hospitais públicos enfrentarem dificuldades adicionais se comparados aos hospitais privados, há alguns deles que conseguem, com criatividade e competência, desenvolver trabalhos tão bons quanto os de alguns privados. (BOERGER, 2003).

Taraboulsi (2004) coloca que a hotelaria adaptada à atividade hospitalar sugere serviços que priorizem a humanização. Para o autor é importante que se tenha:

- Governança: governanta e camareiras;
- *Room Service* ou serviço de quarto 24 horas para os clientes de saúde;
- Lanchonete, restaurante, *delicatessen* para visitantes;
- Departamento de Eventos ou relações públicas, que promovam atividades interativas para o cliente em tratamento e seus acompanhantes, além de cursos, seminários, *workshops* etc.
- Recreação e lazer, oferecendo jogos, biblioteca, filmes, ginásticas, passeios;
- Recursos Humanos, psicólogos, estagiários da área.

Ainda, conforme Taraboulsi (2004), veremos agora alguns exemplos de programas e projetos que já estão sendo implantados nas unidades hospitalares e que têm contribuído no processo de atendimento humanizado do cliente.

- **Espaço de convivência social:** espaço destinado às atividades lúdicas, educativas e de lazer.
- **Projeto biblioteca móvel:** estimula o hábito de leitura entre os pacientes e acompanhantes.
- **Loja de conveniência e livraria:** onde o cliente pode adquirir produtos para cuidar de sua aparência e higiene pessoal, bem como, ter opções de leitura.

FIGURA 4 – IMAGEM DE UMA LIVRARIA LOCALIZADA EM HOSPITAL NA CIDADE DE SÃO PAULO



FONTE: Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/unidades/bela-vista-hospital-pronto-atendimento/Paginas/bancos-internet-conveniencia.aspx>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

- **Serviço de salão de beleza:** disponibilizado para o cliente recuperar sua autoestima e sentir-se mais próximo de suas atividades do cotidiano. Como por exemplo, o Hospital da Unimed de Criciúma (SC).
- **Contadores de história:** desenvolvidos geralmente por voluntários.
- **Serviço de capelânia:** propicia o conforto espiritual do cliente.

FIGURA 5 – SERVIÇO DE CAPELÂNIA HOSPITALAR NUM HOSPITAL DE BLUMENAU



FONTE: Extraído do site: <<http://www.hsanbnu.com.br/home/?p=2961>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

Desta forma os projetos de humanização são ações de humanizar o atendimento, tornando-o sensível às necessidades e desejos dos pacientes e familiares, mediante ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar, entendendo-o em todos os momentos (GODOI, 2008).

LEITURA COMPLEMENTAR 2

HOSPITALIDADE: UMA ABORDAGEM PARA MELHORIA DA QUALIDADE

Sônia Watanabe

De acordo com a literatura, o hospital se revela, quanto às suas origens, uma profunda ligação com a Igreja e, também, forte vocação altruísta de acolher pessoas, marginalizadas pela sociedade, até então representadas nas figuras do doente, do pobre, do órfão e do peregrino.

Ao longo do tempo, assumiu características e finalidades distintas como a recepção e tratamento de doentes. A origem da palavra hospital se deriva do termo hospitalidade, que significa acolhimento, presente ao longo da história da humanidade nas organizações sociais das mais diversas.

Com o avanço tecnológico, a valorização da informação, o ritmo acelerado das mudanças e a globalização, características que fazem com que as instituições de qualquer natureza (filantrópica, governamental e privada) busquem uma vantagem para se destacar.

As medidas comumente adotadas como a introdução da tecnologia e a adoção de modelos de gestão como terceirização, parcerias e franquias, são evidências no aprimoramento das organizações.

Os hospitais têm se adaptado à realidade de mercado, em que a competitividade, aliada às exigências cada vez maiores dos clientes, aumenta a busca pela qualidade na prestação dos serviços. A introdução de novas abordagens de gestão, portanto, tornou-se necessária para explorar as possibilidades que um hospital pode dispensar aos pacientes (físico-estruturais e humanas). O hospital deve possuir uma orientação para serviços, considerando o usuário como alguém a quem se deve servir e satisfazer às necessidades básicas (cura) e específicas (personalização).

Tal busca tem reintroduzido medidas que retomam a questão da hospitalidade. Qualquer estabelecimento de saúde refere-se a uma hospitalidade (comercial), pois recebem doentes, fornece internação, tratamento, alimentação, mediante o pagamento.

A hospitalidade é um conceito tão antigo quanto as formas mais remotas de atividade social, desde as mais arcaicas, tanto no Ocidente como no Oriente; considerada como um atributo de pessoas e de espaços. Era praticada por meio do acolhimento aos estranhos, pela maioria das civilizações, e reconhecida como necessidade humana fundamental.

A hospitalidade é um conceito que dentro da teoria da administração de serviços, faz parte de um grupo de atividades chamadas de suplementares que agrega valor ao tratamento dispensado aos clientes, que devem ser recebidos como hóspedes, em qualquer empresa.

A principal vantagem apontada reside em dar algo captado com antecipação, personalizado e esforçado. Isso ocorre após o entendimento das necessidades e desejos dos clientes nas interações com o fornecedor de serviços desde que não seja automático e robotizado.

As atribuições de se oferecer bem-estar, aconchego, conforto estão relacionadas à hospitalidade, pois é esta a responsável por tal efeito, porque resgata as origens e a essência da assistência hospitalar, enquanto organização acolhedora de pessoas que não estão desfrutando de saúde. A própria questão da humanização do atendimento em saúde pode estar relacionada ou ainda pode se beneficiar da inserção do conceito de Hospitalidade.

A capacidade dos médicos e enfermeiros, o bom atendimento, um tratamento de primeira classe são aspectos fundamentais na percepção dos clientes de saúde. São por esses aspectos que estes julgam como foi sua internação hospitalar, por exemplo.

Pensar em hospitalidade é acrescentar aos itens elementares, a consciência de que há necessidade de mudar o comportamento geral dos profissionais envolvidos no processo hospitalar, mediante, inclusive, a formação voltada para uma prática mais hospitaleira neste segmento.

Diferentemente dos hotéis, onde há busca pela privacidade, luxo e anonimato, a internação hospitalar faz com que os usuários desejem o que não têm ou não podem manter consigo em seu período de afastamento do lar.

O fornecimento de algo pessoal, que lembre o ambiente familiar, resgatando sensações do acolhimento doméstico, ou então, possibilitar a prática da liberdade de escolha ao comer, vestir, dormir, representam uma hospitalidade que auxilia na cura, por meio da individualização dos serviços, confirma que ali ele é querido e bem-vindo!

Cabe dizer que, sobre o conceito de hospitalidade e sua aplicação, pode contribuir para a melhoria do modelo de gestão em saúde, uma vez que considera aspectos mais amplos, que envolvem o receber humano, inclusive, completar e superar as atuais práticas de qualidade nos serviços de saúde com fins lucrativos, abrindo possibilidades de ser utilizado até em organizações sem finalidade lucrativa e hospitais públicos.

FONTE: Disponível em: <http://www.hospitalar.com/opinio/opinio_1176.html>. Acesso em: 23 jun. 2015.



RESUMO DO TÓPICO 1

Caro acadêmico! Neste tópico você estudou sobre os seguintes aspectos:

- A evolução histórica de hospedagem e hospitalidade no contexto geral.
- A história e evolução dos hospitais no mundo e no Brasil.
- O conceito de hospitalidade e sua aplicabilidade nos serviços de saúde.

AUTOATIVIDADE



Explique como o conceito de hospitalidade pode ser aplicado nas organizações de saúde e qual a sua importância nos dias atuais.

HOTELARIA HOSPITALAR: UM NOVO CONCEITO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico vamos estudar sobre a implantação da hotelaria hospitalar nas instituições hospitalares.

As instituições de saúde sempre voltaram sua atenção para o atendimento médico e para a tecnologia que envolve novos equipamentos no tratamento das doenças. Além disso, há alguns aspectos que também são importantes e fazem parte do tratamento do paciente como: organização, atendimento adequado, com respeito e cortesia.

Lembrem-se sempre de que estes pacientes, quando chegam às instituições de saúde em busca de ajuda, eles vêm acompanhados de vários sentimentos e com expectativas.

O cliente de saúde pensa de acordo com sua situação-problema, busca objetivos, de ter um corpo perfeito, ou de resolver seu problema de saúde, ou ainda de ver como um parente ou familiar está.

Infelizmente, podemos dizer que atualmente ao procurar atendimento nas unidades de saúde, o cliente passa por uma verdadeira *via crucis* para obter um serviço e isso ocorre porque as pessoas muitas vezes não sabem repassar as informações de forma correta. E, de acordo com Spiller et. al. (2006), esse comportamento é o motivo que faz com que as instituições percam clientes.

2 CONCEITOS E PRINCÍPIOS DO SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR

A hotelaria hospitalar teve suas origens baseadas na hotelaria clássica, ou seja, no processo de hospedagens em hotéis.

É possível perceber a semelhança entre hospitais e hotéis principalmente se excluirmos o fator tratamento, pois sem ele ficam visíveis os vários setores comuns que são fundamentais tanto em hospitais quanto em hotéis e suas funções que se assemelham nos respectivos meios de hospedagem. Já a diferença entre os dois é a finalidade para a qual são procurados.

Referindo-se à diferença entre hotel e hospital, Godoi (2008, p. 31) define o hotel como um “empreendimento que comercializa a hospedagem de pessoas em trânsito ou não, com a oferta de serviços parciais ou completos que atendam às necessidades do viajante”, e os hospitais como sendo “um empreendimento que comercializa serviços de saúde, sua manutenção, seu resgate ou oferta de tratamento e a cura de doenças.”

FONTE: Disponível em: <<http://festivaldeturismodascataratas.com/wp-content/uploads/2014/01/7.-ESTUDO-COMPARATIVO-ENTRE-A-TEORIA-DA-HOTELARIA-HOSPITALAR-E-A-SUA-REAL-APLICA%C3%87%C3%83O-EM-DOIS-HOSPITAIS-PRIVADOS-DE-SP.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

Para Castelli (1992), hotel é um estabelecimento comercial de hospedagem, que oferece aposentos mobiliados, com banheiros privativos, para ocupação iminente ou temporária, oferecendo serviços completos de alimentação, além dos demais serviços, inerentes à atividade hoteleira.

Enquanto o papel dos hotéis está em oferecer hospedagem àqueles que se encontram em outra cidade que não a de sua residência, seja qual for sua motivação, desde que haja somente a necessidade de um local para se abrigar por uma ou mais noites, o papel dos hospitais está em tratar àqueles que por diversos motivos necessitam de atendimento médico.

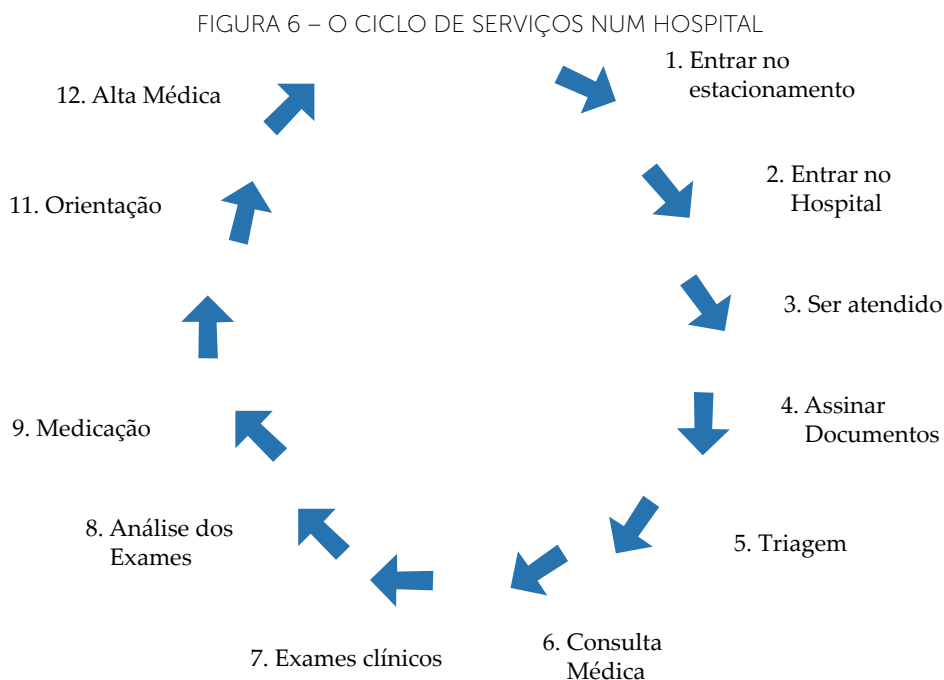
FONTE: Disponível em: <<http://festivaldeturismodascataratas.com/wp-content/uploads/2014/01/7.-ESTUDO-COMPARATIVO-ENTRE-A-TEORIA-DA-HOTELARIA-HOSPITALAR-E-A-SUA-REAL-APLICA%C3%87%C3%83O-EM-DOIS-HOSPITAIS-PRIVADOS-DE-SP.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

A hotelaria hospitalar é a introdução de ferramentas e estratégias que visem melhorar o atendimento ofertado ao paciente, familiares e colaboradores levando em consideração aspectos físicos e emocional de cada pessoa. Vamos pensar! É bom sermos bem atendidos quando chegamos a um local? Ou ainda, é motivador trabalhar em um local organizado? Bem, isso é o que proporciona a hotelaria hospitalar.

De acordo com Taraboulsi (2009), a hotelaria hospitalar é um serviço adaptado ao meio hospitalar, que humaniza as condutas e os ambientes e procura inserir todos os envolvidos com vínculos de respeito, atenção, presteza e sorriso. No entanto, de todo o montante de hospitais que temos no Brasil, muitos ainda não conseguiram implementar este conceito às suas atividades diárias.

“A **hotelaria hospitalar** é uma mudança na essência do atendimento em hospitais com a introdução de novos serviços e processos nas atividades diárias de atendimento ao cliente de saúde, e não mais tratando as pessoas como um paciente”. (TARABOULSI, 2004, p.18).

Spiller et al. (2004) colocam que numa instituição hospitalar os clientes passam por um ciclo de serviços. E cada uma das etapas formam uma cadeia contínua de eventos, ou seja, trata-se de vários processos que no final se fundem em único processo.



FONTE: Adaptado de Spiller et al. (2004)

Zanovello e Guimarães (2007) colocam que no Brasil, a hotelaria hospitalar vem se desenvolvendo e os hospitais passam a ter entre os seus princípios a prevenção, a cura, o atendimento à saúde da comunidade, a função acolher, bem como, também prezam por oferecer conforto e bem-estar e para isso agregam às estruturas existentes serviços e novos ambientes que se comparam à estrutura de um hotel.



A **hotelaria hospitalar** acabou se tornando uma tendência irreversível em qualquer instituição de saúde, pois não se trata mais de uma opção da empresa, mas de uma exigência do público que frequenta hospitais e que começa a se acostumar com os serviços de hotelaria existente (BOERGER, 2003).



Você conhece a Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar? Para saber mais sobre esta organização acesse o site: <<http://www.hotelariahospitalar.com.br>>.

2.1 PRINCÍPIOS DA HOTELARIA HOSPITALAR NO ATENDIMENTO AO CLIENTE

As doenças deste século levam as pessoas a um processo de internação prolongado e por isso, o estado físico e emocional dos pacientes passou a ser o foco de atenção dos gestores hospitalares. Para tanto, estão deixando de lado a imagem clássica de hospital, e vêm transformando os ambientes hospitalares em lugares mais agradáveis, afinal, as pessoas não procuram hospitais por opções. (TARABOULSI, 2004).

Assim, os princípios da hotelaria hospitalar são pautados em:

- Excelência no atendimento.
- Qualidade.
- Humanismo.

Mas, lembre-se de que excelência de atendimento não significa a estruturação de um espaço luxuoso, e sim, um local confortável, com serviço de qualidade, que se inicia com a incorporação de serviços oriundos da hotelaria clássica, porém, sempre respeitando as normas e a legislação aplicada às instituições de saúde, bem como, respeitando as especificidades de cada instituição.

Dias et al. (2006) coloca que, o cliente dos hospitais, durante o atendimento, gostaria de ser visto como único, embora sabemos como é a realidade das instituições de saúde brasileiras. Os momentos em que o cliente permanece no hospital, geralmente, são carregados de angústias, dor e sofrimento, por isso é necessário permitir que este se sinta seguro e que o conceito antigo de hospital passe por mudanças e transformações.

O cliente espera ser tratado com dignidade e justiça, esperando dos profissionais de saúde uma postura ética e respeitosa, ou seja, que o tratem da mesma forma como gostariam de ser tratados. Assim, compreender as necessidades e expectativas do cliente de saúde é o primeiro passo (GUZELA, 2014).

Neste sentido, segundo Zanovello e Guimarães (2007, p. 10), os clientes esperam no atendimento que lhes é prestado:

- **Confiança:** a habilidade de executar o serviço prometido de modo seguro e preciso.
- **Responsabilidade:** a vontade de ajudar e prestar serviço sem demora.
- **Segurança:** o conhecimento dos funcionários aliados à simpatia e sua habilidade para inspirar credibilidade e confiança.
- **Empatia:** cuidado, atenção individualizada dedicada aos clientes.
- **Tangíveis:** aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoais e materiais impressos. (grifo nosso).

Atualmente, tanto na rede privada como pública de hospitais, esse tipo de serviço é imprescindível, uma vez que os pacientes e/ou clientes de saúde buscam esse tipo de atendimento como complemento no tratamento de saúde no momento em que estes buscam a ajuda médico-hospitalar.

3 HOTELARIA HOSPITALAR NO BRASIL

Com as mudanças nas características do perfil de clientes que buscam auxílio nas instituições de saúde, seja para o tratamento de alguma doença, ou pela busca da perfeição através de tratamentos estéticos, os estabelecimentos precisaram rever seus conceitos de hospedagem e com isso passaram a se preocupar com a hotelaria hospitalar.

Embora se comente muito sobre a hotelaria hospitalar, no Brasil trata-se de uma tendência recente. Nos últimos quinze anos é que a hotelaria hospitalar começou a receber a devida atenção, seguindo o modelo americano, já então difundido em diversas partes do mundo.

Para que houvesse esta mudança nas instituições hospitalares brasileiras, de acordo com Boerger (2003, p. 24): “Um dos principais fatores é o próprio paciente, que começou a questionar e sentir a necessidade de que a empresa hospitalar lhe oferecesse não só a cura ou o tratamento, como também a segurança, o conforto e, principalmente, seu bem-estar, de sua família e seus visitantes”.

A iniciativa da implantação da hotelaria hospitalar no Brasil partiu das instituições privadas e particulares, até mesmo, por questões financeiras, e a necessidade de se melhorar os equipamentos de alta tecnologia e a contratação de profissionais qualificados (BOERGER, 2003).

Não que os hospitais públicos não tenham tais preocupações, entretanto, as condições financeiras sempre são mais delicadas. Mesmo diante das necessidades que os hospitais públicos enfrentam, Boerger (2003, p. 22) descreve que: “apesar de muitos hospitais públicos enfrentarem dificuldades adicionais se comparados com hospitais privados, há alguns deles que conseguem, com criatividade e competência, desenvolver trabalhos tão bons quanto os de alguns hospitais privados”. Como, por exemplo, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que possui um setor de governança e hotelaria. Para saber mais acesse o trabalho realizado por Camilla Pena (2013) em: <<http://www.ufrgs.br/bibenf/relatorios-de-estagio-2013/kamila-da-silva-pena>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

Em relação ao serviço de hotelaria hospitalar em outros países, Boerger (2003) faz a seguinte colocação: na Argentina o modelo de hotelaria hospitalar é bem semelhante ao Brasil. Já nos Estados Unidos, não chamam esta tendência de hotelaria hospitalar, mas apresentam trabalhos na área de gastronomia hospitalar que se comparam aos hotéis, tanto pela qualidade do atendimento, como também, pelos investimentos em tecnologia. Na Europa o foco dos hospitais está na qualidade dos serviços prestados.

Para Boerger (2003), o mercado da hotelaria hospitalar é uma junção de vários serviços, formado por empresas distintas que disputam de alguma forma o mesmo mercado. Enquadram-se nesta categoria empresas como lavanderias, higienizadoras, fornecedoras de enxovais, carrinhos de transporte interno, entre outras.

LEITURA COMPLEMENTAR

O NOVO CONCEITO NA HOSPEDAGEM DO CLIENTE

A hotelaria hospitalar não fazia parte do contexto do hospital brasileiro até há menos de 10 anos. Desde que o médico fosse competente e o hospital aparentemente limpo, nada mais importava para o paciente. Nesse período, quem buscava o hospital para cuidar da saúde era também o paciente, significando que ao entrar no ambiente hospitalar ele deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo (daí o nome, paciente), obedecendo às ordens médicas e da enfermagem. Esse tempo passou. Agora quem busca o hospital não é mais paciente: é um cidadão que sabe de seus direitos e suas responsabilidades. Ele vai à procura de solução para seus problemas e sente-se com direito de ser bem atendido. É um cliente que vai comprar um produto, que é o tratamento e a assistência que o hospital oferece.

A partir desse momento, o hospital começa a perceber que precisa corresponder não só às necessidades do cliente, mas também às suas expectativas. Começa a se preocupar com a concorrência e parte em busca de um diferencial para atrair o cliente. Já não basta a competência do médico, do enfermeiro e nem a aparência limpa do hospital. O cliente quer ciência e tecnologia, mas também conforto e segurança. Quer que seus medos sejam minimizados e o ambiente branco e aparentemente estéril do hospital tradicional não lhe é favorável. Ele quer continuar em contato com o mundo, agora não só através do telefone, mas ele quer televisão, jornais, revistas. Enfim, o paciente não quer se sentir excluído da sociedade e exige um ambiente com aspecto que lembre mais um hotel e que cause menos estresse. Nesse momento, o hospital reconhece que precisa mudar o seu conceito de hospedagem para proporcionar ao cliente em vez de um ambiente frio e impessoal, um ambiente agradável e humanizado, ainda que muito complexo.

Pela sua preocupação com o bem-estar, a hotelaria hospitalar é voltada para uma contínua busca da excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de sua clientela. Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, o hospital passa a investir nos serviços que envolvem a hospedagem, reconhecendo o paciente e o seu acompanhante como clientes.

[...]

FONTE: Disponível em: <<http://www.noticiashospitales.com.br/set2003/pgs/hotelaria.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

Hospitais como o Sírio Libanês e o Albert Einstein realizam altos investimentos para manter o serviço de hotelaria hospitalar ao serviço de luxo de um hospital. “Aceita uma água Perrier, senhor? Gostaria de analisar nosso menu de travesseiros e chinelos? Que tipo de música ambiente o senhor prefere ouvir? Quer que eu traga o seu ‘Herald Tribune’?” (GUIMARÃES, 2010, s/p).

Essas frases fazem parte da rotina dos colaboradores dos hospitais privados brasileiros. Além disso, os hospitais chegam a fazer investimentos altíssimos em mimos para os hóspedes que incluem enxoval sofisticado, quarto automatizado, quadros de pintores renomados, manicure e mais, todo tipo de serviço que o internado pedir ao mordomo ou à governanta. Desde que, claro, o “capricho” solicitado não interfira no tratamento clínico (GUIMARÃES, 2010, s/p).

FIGURA 7 – HOTELARIA HOSPITALAR DE LUXO



FONTE: Foto de Ligia Guimaraes/G1 – Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL1456453-9356,00-HOSPITAIS+USAM+SERVICOS+DE+HOTEL+DE+LUXO+PARA+DISPUTAR+PUBLICO+DE+ALTA+REND.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

LEITURA COMPLEMENTAR 2

HOTELARIA HOSPITALAR NO BRASIL: PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS

Marcelo Boerger

Definição e aplicações do conceito

As áreas de apoio dos hospitais, por muito tempo estiveram estagnadas e o cuidado com o cliente era uma preocupação focada apenas na assistência direta ao paciente. Esta estagnação também se estendia aos aspectos físicos e arquitetônicos. A infraestrutura que deveria permitir maior eficiência nos serviços estava refém de um modelo de hospital no Brasil, planejado e desenvolvido na metade do século XX, para a lógica de serviços e segurança do paciente oferecidos na época.

Atualmente, percebe-se tanto no Brasil, como também nas principais capitais da América Latina, diversos hospitais na busca de incluir um modelo de gestão que combine com toda sua tecnologia e medicina de ponta, fugindo daquele modelo estagnado, com prédios deteriorados e serviços ineficientes.

A mudança não implica somente investimentos financeiros, mas também uma mudança de mentalidade da parte de seus gestores. Cada vez mais percebemos o interesse das Instituições de Saúde na busca de um modelo de gestão que contemple melhoria de serviços, e muitos vislumbram na gestão da hotelaria hospitalar uma possibilidade real de mudanças. No Brasil, dos aproximados 7.500 hospitais existentes, encontramos mais intensamente os serviços de hotelaria nos hospitais que já tenham programas de qualidade bem definidos aliados a algum sistema de Acreditação oficial.

A hotelaria em Instituições de Saúde reúne os serviços de apoio permitindo uma alta *performance* no atendimento ao cliente instrumentalizado por meio de uma gerência de hotelaria que discuta a gestão da hotelaria a nível tático e estratégico (seu posicionamento no mercado de saúde, seus custos na cadeia de valor, estabelecimento do nível de serviços, influência no plano diretor de obras, entre outros).

A hotelaria dos hospitais vem se desenvolvendo à medida que o próprio cliente de saúde passa a exigir uma maior qualidade de atendimento nos serviços prestados [...].

Processos de Hotelaria Hospitalar

É muito comum a hotelaria ser julgada em hospitais por componentes subjetivos. A avaliação da higiene é feita de forma subjetiva, a avaliação da segurança patrimonial também e não é diferente com a alimentação, enxoval e atendimento em balcão de recepção. Estes itens passam obrigatoriamente por percepções pontuais e subjetivas do cliente, mas não por isso devem ser julgadas pelos gestores do hospital com o mesmo empirismo.

Ao abordarmos a excelência na prestação de serviços é necessário um entendimento sistêmico de todos os fatores envolvidos decorrentes dos processos que envolvam o atendimento ao cliente. Deve-se levar em conta e considerar seus componentes como formato, tempo de execução e os responsáveis pelas etapas. Também é necessário conhecer seus objetivos, seus custos e impreterivelmente questionar seu propósito (o quanto agrega, de fato, valor ao cliente ou à organização) e interpretar de quais maneiras afeta a percepção do cliente. De outra forma, a qualidade que o cliente perceberá dos serviços prestados estará baseado em subjetivismos.

Cabe ao líder de cada serviço e ao gestor de hotelaria atualizar os processos conforme alterações tecnológicas, de complexidade assistencial (FUGULIN, 2002) e combater vícios e velhos hábitos que não correspondem a um hospital resolutivo.

Alguns processos estão tão enraizados que poucos líderes têm a coragem de desafiá-los – já fazem parte da cultura organizacional e por este motivo não conseguem ser adaptados e atualizados facilmente – estão devidamente institucionalizados pelo departamento ou mesmo por toda a empresa. Estes processos necessitam estar mapeados, pois mesmo sendo alguns processos invisíveis ao cliente, sua boa condução o afeta diretamente. E será justamente sua condução que, pela falta de processos, muitas vezes depende unicamente de pessoas – sem qualquer tipo de controle pela organização.

Quando não há um mapeamento e um estudo dos processos que compõe cada área, a Instituição de Saúde acaba por contar com processos fragmentados e reativos, que no melhor dos casos, podem servir para atingimento de metas departamentais e raramente contemplam todo o macroprocesso que o cliente de saúde experiencia quando é atendido.

Tudo isso nos faz refletir uma questão fundamental para as lideranças na área da saúde: “Os organogramas são verticais, mas os processos a que os clientes são submetidos são horizontais”, ou seja, o cliente é submetido a processos lineares, a todo o momento em que vive a experiência de serviços dentro do hospital.

Tendo a hotelaria uma amálgama de diversos serviços, uma das grandes vantagens de reunir todos estes serviços em um mesmo departamento acaba por conferir a esta gerência um *status* político para alinhar seus processos com outras áreas interagentes como enfermagem, manutenção e áreas de apoio administrativo.

A vantagem do entendimento da Hotelaria Hospitalar como um departamento é permitir um processo contínuo e formal de gerenciamento do fluxo de informações necessárias à gestão das diferentes áreas de apoio da Instituição, com vantagens importantes, na qual vale ressaltar quatro exemplos:

- Eliminar ou minimizar a redundância de atividades e controles dos dados e informações;
- Estabelecer áreas responsáveis pelas informações (gerar, acessar, controlar, armazenar);
- Transformar informações departamentais em informações de uso corporativo;
- Garantir a segurança e consistência dos dados e das informações para correta tomada de decisões.

A Hotelaria Hospitalar pode, portanto, contribuir para a qualidade e a continuidade da assistência por quatro principais eixos dos quais derivam inúmeros processos e protocolos:

- Acolher: propiciar aos clientes e acompanhantes a percepção da eficiência no atendimento em um ambiente acolhedor, confortável e seguro.
- Hospedar: oferecer instalações adequadas e seguras, assegurando a continuidade do serviço da assistência em seus diversos processos de abastecimento (roupa hospitalar, alimentação, higiene) e desabastecimento de resíduos e enxoval sujo.
- Entreter: o entretenimento deve ser considerado, igualmente para todas as faixas etárias, sendo um dos elementos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida durante a experiência hospitalar, tanto em salas de espera como durante sua internação.
- Alimentar: é a arte de integrar a patologia do paciente com uma dieta individualizada junto a técnicas gastronômicas, de uma forma interativa com o processo de escolha, considerando aversões e preferências.

[...]

FONTE: Texto extraído de: <<http://www.hotelariahospitalar.com.br/artigos/perspectivas-e-tendencias.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.



RESUMO DO TÓPICO 2

Caro acadêmico! Neste segundo tópico você teve a oportunidade de estudar sobre:

- Conceitos e princípios do serviço de hotelaria hospitalar.
- A importância dos princípios da hotelaria hospitalar no atendimento ao cliente.
- O desenvolvimento da hotelaria hospitalar no Brasil.

AUTOATIVIDADE



- 1 Explique como a hotelaria hospitalar poderia influenciar na recuperação dos clientes de saúde.
- 2 Procure na cidade onde você reside, quantos hospitais estão instalados e verifique se todos eles possuem o serviço de hotelaria hospitalar implantado.

A QUALIDADE NO CONTEXTO DA HOTELARIA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico vamos estudar, a qualidade aplicada ao serviço de hotelaria hospitalar, a qualidade na prestação dos serviços de saúde e entre estes. Os serviços de hotelaria hospitalar têm sido um desafio para as instituições, pois envolvem a disposição das pessoas em colocar em prática ações que venham ao encontro das expectativas e necessidades dos clientes.

Antes de tudo, precisamos lembrar que as organizações de saúde são empresas prestadoras de serviços que geralmente oferecem atendimento às pessoas com saúde debilitada, por doenças, ou situações de limitação do perfeito estado de saúde e bem-estar (MIRANDA, 2011).

A qualidade do serviço prestado inicia-se nas pessoas que atuam na área de saúde. Cada pessoa precisa estar qualificada naquilo que está desenvolvendo, mudar seu comportamento, evoluir e melhorar suas atividades.

Você se lembra do que é qualidade? A palavra qualidade tem um amplo significado e, por isso, pode levar a várias interpretações de acordo com a sua aplicabilidade. Considerando a definição baseada no usuário, que neste caso, é o nosso cliente de saúde, a qualidade está diante dos olhos de quem observa. Admite-se que cada consumidor tem diferentes desejos ou necessidades e que os produtos que atendam melhor as suas preferências são os que eles acham de melhor qualidade. (RODRIGUES et al., 2011).

Assim, neste tópico vamos aperfeiçoar nosso conhecimento na qualidade do serviço prestado e como essas mudanças podem contribuir no serviço de hotelaria hospitalar ofertado pelas instituições de saúde. Vamos lá!

2 GESTÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR

Os conceitos de qualidade embora muito antigos norteiam a implantação dos programas em diversas áreas como a indústria e recentemente vêm sendo aplicados à área de serviços e mais precisamente nos serviços de saúde.

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA QUALIDADE EM SAÚDE

Antes de iniciarmos nossos estudos sobre a qualidade na hotelaria hospitalar, vamos relembrar um pouco da evolução histórica da qualidade nos estabelecimentos hospitalares.

Os primeiros estudos sobre a gestão da qualidade são oriundos das indústrias a partir de vários pensadores norte-americanos. Rodrigues et al. (2011) colocam que a palavra qualidade é aplicada de acordo com a adequação de uso, e por isso, destacam três pontos:

- A qualidade é um atributo das coisas ou pessoas;
- A qualidade possibilita a distinção ou diferenciação das coisas ou pessoas;
- A qualidade determina a natureza das coisas.

Desde o início do século XX a melhoria da qualidade passou a ser uma preocupação nos Estados Unidos, tanto nas instituições de saúde como também nas escolas de formação de médicos.



Um exemplo dos estudos sobre a qualidade está nos relatos de Flexner e Codman e pelo colégio americano dos cirurgiões (MIRANDA, 2011).



Os programas de qualidade do *American College of Surgeons* são baseados em quatro princípios fundamentais:

- Definir as normas.
- Construir a infraestrutura certa.
- Usar os dados corretos.
- Verificar com peritos externos.

Para saber mais acesse: <<https://www.facs.org/>>.

Um dos marcos foi a criação da Comissão Conjunta de acreditação hospitalar em 1951, que atualmente é conhecida como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (MIRANDA, 2011), que depois foi se expandindo pelo Canadá e na Europa (movimento surgiu no final da década de 70).

No Brasil, a iniciativa de desenvolver projetos voltados à melhoria da qualidade partiu da Federação dos Hospitais na década de 1980. Inicialmente, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) foram lançadas publicações sobre a garantia de Qualidade OPAS/OMS.

Em 1995 foi criada a Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995, pelo Ministério da Saúde, onde foi inserido no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, o Programa de Acreditação.



Em 1998 foi editado o primeiro manual de Acreditação Hospitalar. E, em 2001, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) passou a ser reconhecida como instituição apta a operacionalizar o processo de acreditação hospitalar. Em 2001 foi aprovado o Manual de Acreditação da ONA (MIRANDA, 2011).

Depois disso outras organizações acreditadoras foram surgindo como, por exemplo, o Programa de Qualidade Hospitalar do Estado de São Paulo (CQH).

A criação do Programa de Garantia da Qualidade e Aprimoramento da Qualidade em Saúde envolveu a formação da Comissão Nacional da Qualidade e produtividade, da qual faziam parte além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde [...]. (ALVES, 2012, p. 33).

Bem, agora que você já lembrou um pouco da evolução histórica da qualidade hospitalar, vamos ver como funciona a implantação dos processos de melhoria da qualidade na hotelaria hospitalar.

2.2 A COMPLEXIDADE DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE HOTELARIA HOSPITALAR

A venda do serviço de hotelaria hospitalar é baseada numa promessa de que as necessidades e as expectativas dos clientes serão atendidas. E, por isso, a instituição deverá realizar a venda do serviço, considerando o que tem a oferecer e com as possibilidades de execução.

Lembre-se de que alguns dos serviços ofertados na hotelaria hospitalar são marcados por peculiaridades como intercorrências – reações de cada indivíduo que interfere diretamente no resultado dos serviços prestados.

Como prometer ao cliente que tudo dará certo?

Segundo Spiller et al. (2004), é necessário elaborar medidas preventivas de cautela e o seu acompanhamento cuidadoso pode reduzir a chance de ocorrências indesejáveis, e minimizando seus impactos e seus efeitos.

A qualidade percebida pelo cliente de saúde é o resultado da comparação daquelas propriedades ou atributos do serviço e a percepção daquilo que a empresa oferece como forma de contemplação de expectativas (Spiller et al., 2004).

No Tópico 1 deste caderno, demonstramos que devido às mudanças no perfil e modo de pensar do cliente de saúde, as instituições necessitaram se estruturar para atender seus anseios. Essa nova estruturação veio acompanhada de diversas mudanças tanto no macroambiente, motivadas pelos conceitos sociais e organizacionais, como pela adoção de novas tecnologias que influenciaram diretamente em novos modelos e ferramentas de gestão até então adotadas.

No setor da saúde identificam-se algumas tendências organizacionais motivadas por essas mudanças. Entre as mais significativas encontram-se: da racionalidade funcional para a comunicativa; da estrutura burocrática para a estrutura em rede; da motivação econômica para o comprometimento; e da eficácia para efetividade. (RODRIGUES et al., 2011).

De acordo com Miranda (2011), muitos autores e pesquisadores entendem que a qualidade sempre caminhou junto com as atividades das organizações de saúde, uma vez que estas instituições têm como propósito a prevenção, proteção, promoção e reabilitação dos indivíduos.

Os primeiros relatos de qualidade datam dos anos de 1990, em artigos de Donald Berwick, um pediatra norte-americano que transformou conceitos utilizados na indústria em ferramentas para a qualidade na saúde. Ele afirma que a má qualidade é cara, o envolvimento do profissional é fundamental e a administração da qualidade envolve o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade (MIRANDA, 2011 p. 48).

Nos Estados Unidos, Avedis Donabedian, pediatra americano, foi um dos pioneiros a escrever sobre a qualidade na saúde, mais especificamente, da qualidade hospitalar. Avedis Donabedian descreveu a teoria de avaliação da qualidade em saúde, na qual as tipologias dos indicadores se dividem em:

- **Estrutura** – recursos disponíveis;
- **Processo** – maneira como os recursos são utilizados;
- **Resultado** – satisfação com o trabalho da organização.

FONTE: Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>.
Acesso em: 31 ago. 2015.



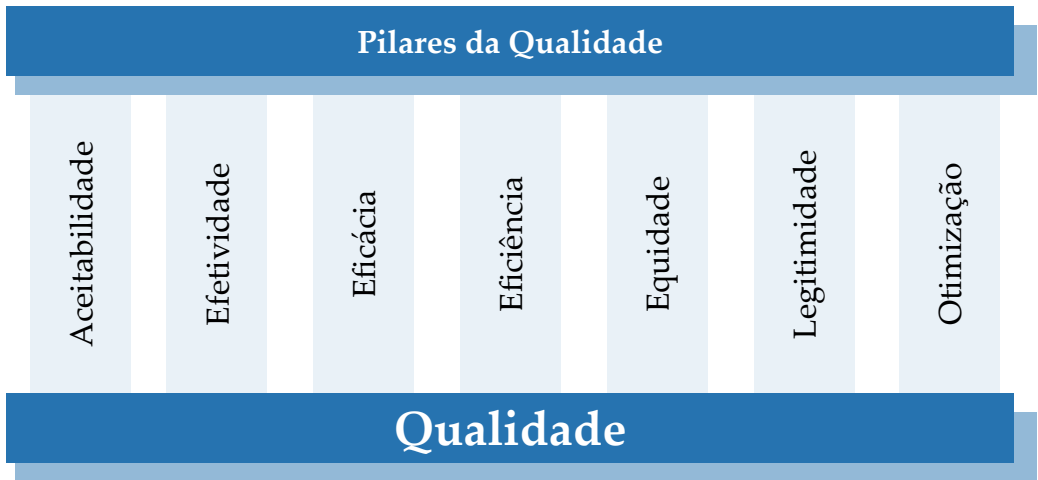
Avedis Donabedian recebeu o grau de bacharel em humanidades em 1940 e de doutor em medicina em 1944. Posteriormente, trabalhou no Hospital da Missão Inglesa em Jerusalém, fazendo uma breve viagem para a Inglaterra [...]. Ele passou o resto de sua vida profissional lá, tornando-se professor de saúde pública em 1979, e continuou a trabalhar como professor emérito até sua morte, em Ann Arbor, Michigan, EUA, em 2000.

Donabedian selecionou e analisou a crescente literatura de pesquisa de serviços de saúde como ela apareceu através dos anos 1950 e início dos anos 1960 e apresentou suas descobertas em um artigo extenso em 1966 com o título "Avaliação da Qualidade da Assistência Médica". Esta soma e análise lhe trouxe fama imediata e ainda é amplamente citada e lida, ela foi reimpressa pela The Milbank Quarterly em 2005. Nela, ele expõe a necessidade de examinar a qualidade dos serviços de saúde nos aspectos de estrutura, processo e resultado.

FONTE: Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Avedis_Donabedian>. Acesso em: 31 ago. 2015. Tradução nossa.

Para Miranda (2011), quando se fala em qualidade, fazemos referência a pilares da qualidade, descritos na figura a seguir.

FIGURA 8 – PILARES DA QUALIDADE



FONTE: Elaborado com base em: Miranda (2011)

Agora, veremos o significado de cada um desses pilares na melhoria da qualidade. De acordo com Miranda (2011):

- **Aceitabilidade:** adaptação da assistência às expectativas do cliente de saúde e familiares;
- **Efetividade:** o que se pode esperar;
- **Eficácia:** o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis; utilização de competência e tecnologia;
- **Eficiência:** é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada; relação e parâmetro entre insumo e produto;
- **Equidade:** princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população;
- **Legitimidade:** aceitabilidade do cuidado tal como é visto pela comunidade ou sociedade em geral;
- **Otimização:** relação mais favorável entre custo e benefícios.

2.3 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliar os serviços de saúde ainda é um desafio. Devido à sua intangibilidade se torna difícil a avaliação da qualidade e dos resultados, especialmente diante dos motivos que levam as pessoas a procurarem os serviços de saúde.

A complexidade dos procedimentos também é um fator preponderante devido à sua execução e consequências. Ao contrário do que ocorre com os produtos, onde é possível apresentar ao cliente uma amostra destes, no setor de serviços oferecemos ao cliente o produto final, ou seja, o serviço em si.

Mas, como os serviços são classificados?

Spiller et al. (2006) colocam que os serviços são classificados em grupos de atividades:

- De consumo: são aqueles prestados diretamente ao consumidor final. Eles ainda podem ser divididos em subcategorias conforme demonstrado no quadro a seguir.

QUADRO 3 – SUBCATEGORIAS DOS SERVIÇOS DE CONSUMO

Subcategorias	Descrição
De conveniência	Ocorre quando o consumidor não perde tempo pesquisando vários fornecedores – em razão de não observar diferença entre a qualidade das empresas.
De escolha	Ocorre quando os serviços apresentam características (preço, qualidade, prestígio etc.) diferenciadas.
De especialidade	São serviços técnicos que nem sempre são oferecidos por qualquer empresa. Como por exemplo os hospitais, ou ainda, fornecedores de equipamentos hospitalares.

FONTE: Adaptado de: Spiller et al. (2006).

- Serviços Industriais: também chamados de *business-to-business*, são os serviços prestados por organizações comerciais ou institucionais. Se dividem em:
 - De equipamentos: relacionados à instalação, montagem e manutenção.
 - De facilidade: seguros de planos de saúde, que facilitam o acesso aos serviços de saúde.
 - De orientação: auxiliam no processo de tomada de decisões (consultoria, pesquisa e educação).

No caso dos serviços sempre dizemos que a produção e consumo ocorrem de forma simultânea e por isso, são inseparáveis.

QUADRO 4 – DIFERENÇA ENTRE SERVIÇOS E BENS FÍSICOS

Características do BEM FÍSICO	Características do SERVIÇO
Tangível	Intangível
Homogêneo	Heterogêneo
Produção e distribuição separada do Consumo	Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos
Uma coisa (objeto)	Uma atividade ou processo
Valor principal produzido em fábricas	Valor principal produzido nas interações entre comprador e vendedor
Clientes normalmente não participam do processo de produção	Clientes participam da produção
Pode ser mantido em estoque	Não pode ser mantido em estoque
Transferência de propriedade	Não transfere propriedade

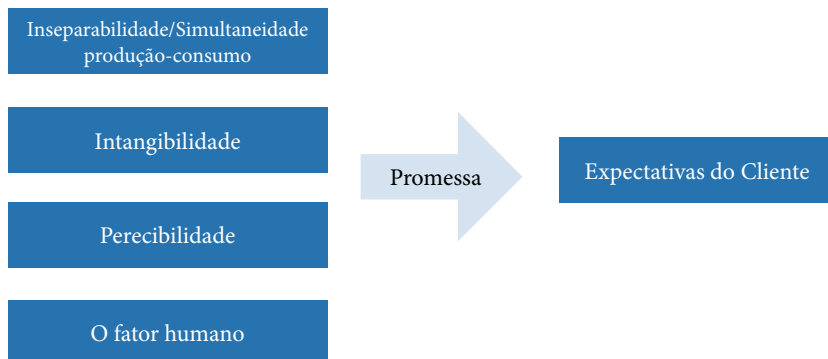
FONTE: Adaptado de: Grönroos (1995)

Observa-se no quadro acima, que a intangibilidade é a primeira característica dos serviços, e talvez seja a mais marcante dentre todas as apresentadas, pois o resultado do serviço é ação, o esforço empreendido. Por isso alguns autores dizem que “serviços são consumidos ou vivenciados, nunca possuídos”. (SPILLER et al., 2009, p. 26).

Esta característica praticamente impossibilita que o cliente teste, experimente e avalie um serviço antes de consumi-lo ou utilizá-lo, o que induz à desconfiança de que os atributos reais de um serviço não preencham as expectativas. [...] a estratégia da comunicação, venda e execução de um serviço impõe tornar tangível o que é intangível, lançando mão de casos de sucesso, instalações, equipamentos e pessoas e padrões, entre outros. (SPILLER et al., 2009, p. 26).

Spiller (2009) enumera algumas fontes de impactos sobre as expectativas do cliente, conforme se observa na figura a seguir.

FIGURA 9 – AS FONTES DE IMPACTOS SOBRE AS EXPECTATIVAS DO CLIENTE



FONTE: Adaptado de Spiller et al. (2009)

3 QUALIFICAÇÃO E QUALIDADE NOS SERVIÇOS HOTELEIROS DA SAÚDE

Uma pesquisa analisou os hospitais mais bem-sucedidos do mundo em termos de qualidade de atendimento, gestão e eficiência. A empresa de comunicação *Healthcare Global* listou as 10 melhores instituições, que ficam em sua maioria nos EUA e na Europa. Veja a lista no quadro a seguir:

QUADRO 5 – INSTITUIÇÕES RECONHECIDAS COMO OS 10 MELHORES HOSPITAIS DO MUNDO EM 2014

<p>1. Johns Hopkins Hospital, EUA:</p>	<p>No topo da avaliação está o Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, EUA. Conhecido por ser o berço da engenharia genética, também é o local onde a descoberta das restrições de enzimas (pesquisa vencedora de Prêmio Nobel) foi feita. Além disso, foi responsável pela primeira cirurgia de mudança de sexo. O John Hopkins destaca-se por ter identificado três tipos de vírus da poliomielite, por descobrir opioides naturais do cérebro e realizar a primeira operação de tetralogia de Fallot (síndrome do bebê azul). A instituição, que em 2013 firmou parceria com o Hospital Moinhos de Vento, de Porto Alegre-RS é reconhecida pelos avanços médicos, pela assistência ao paciente e pelo ensino. Alguns dos médicos mais conhecidos do mundo foram ou estão associados a este hospital.</p>
<p>2. Asklepios Klinik Barmbek, Alemanha:</p>	<p>O Grupo é o maior operador privado de hospitais em todo o continente europeu, mas o centro de Hamburgo é considerado o principal destaque. Está entre os melhores em matéria de inovação e tecnologia médica. Empresas farmacêuticas lançam medicamentos e equipamentos na Klinik antes de serem colocados à disposição do resto do mundo, e o centro possui excelentes instalações de enfermagem e de reabilitação. A Asklepios Klinik é um dos mais conhecidos laboratórios médicos do mundo e também se destaca nas cirurgias cardíacas e em oncologia.</p>
<p>3. Universidade do Texas MD Anderson Cancer Center, EUA:</p>	<p>Um dos três principais centros de câncer dos EUA continua a ser o melhor e mais conhecido centro de tratamento da doença. É afiliado a duas escolas médicas de prestígio (University of Texas Medical School e a Baylor Medical College). Fornece internato e residência para profissionais, além de cursos sobre imunologia, virologia e terapia genética, que atraem os melhores estudantes e professores de todo o mundo. Recentemente firmou convênio com o Hospital Einstein, de São Paulo.</p>

<p>4. Brigham and Women's Hospital, EUA:</p>	<p>Localizado em Boston é um dos maiores prestadores de serviços de saúde em Massachusetts e a segunda maior filial de ensino da Escola de Medicina de Harvard. O centro reúne um instituto de câncer e um hospital, com 13 centros especializados em doenças em áreas como a neurociência, artrite e ortopedia. Possui instalações de pesquisa de alta qualidade, e por mais de uma década o seu Instituto de Pesquisa Biomédica foi um dos dois hospitais que recebeu o maior investimento por meio da agência governamental americana Instituto Nacional de Saúde.</p>
<p>5. Great Ormond Street Hospital, Reino Unido:</p>	<p>Trata-se do primeiro hospital do mundo criado exclusivamente para o tratamento de crianças. Continua sendo um dos melhores em seu campo, mas é mais conhecido por receber os direitos autorais do clássico da literatura infantil Peter Pan, cujos royalties são investidos em pesquisas e tratamentos. O Great Ormond Street Hospital está intimamente associado à University College London e é o maior centro de pesquisa e ensino de pós-graduação em saúde infantil na Europa. Mais do que isso, é o maior centro para cirurgias de coração ou cérebro de crianças do Reino Unido.</p>
<p>6. Wooidul Spine Hospital, Seul, Coreia do Sul:</p>	<p>Principal referência mundial em cuidados da coluna. É famoso por desenvolver tratamento cirúrgico minimamente invasivo para pacientes com problemas na lombar, nas áreas cervical e torácica, e utiliza terapias de injeção. A avançada técnica cirúrgica de coluna vertebral desenvolvida pela instituição não derrama uma gota de sangue e é minimamente invasiva para tratar hérnia de disco. Também é bem conhecido no turismo médico e se destaca no tratamento de articulações.</p>
<p>7. Shouldice Hospital, Canadá:</p>	<p>Nome mais famoso do mundo no tratamento de hérnia abdominal, homenageia o Dr. Edward Earle Shouldice, que desenvolveu a técnica do uso de tecido natural, livre de tensão, durante a II Guerra Mundial. Também é conhecido por iniciativas sustentáveis e a forma de desenvolvimento de pesquisas já serviu de base para estudos da Harvard Business School e muitas outras universidades do mundo.</p>
<p>8. Bumrungrad International Hospital, Tailândia:</p>	<p>Mais conhecido pelo turismo médico, é o maior hospital privado no Sudeste Asiático. Trata mais de um milhão de pacientes por ano e tem a sua própria agência de viagens para cuidar da prorrogação de vistos e fornecer tradutores para estrangeiros. Conta com instalações luxuosas. Realizou, em 2008, a <i>Thailand Quality Class Recognition Award</i>, onde recebeu premiações internacionais. O hospital trabalha com quase todas as especialidades e subespecialidades da medicina.</p>

<p>9. Anadolu Medical Center, Turquia:</p>	<p>Líder em oncologia graças ao Centro de Transplante de Medula Óssea. Inaugurado em 2005, emergiu como um dos mais procurados nomes no tratamento contra o câncer. É afiliado ao Hospital Johns Hopkins. O IMRT (radioterapia com intensidade modulada) e o Cyberknife (equipamento de radioterapia robótico usado para tratar tumores) são duas das mais recentes tecnologias utilizadas no tratamento do câncer desenvolvido neste centro médico. O hospital também oferece atendimento multidisciplinar, check-ups gratuitos, educação do paciente, cursos de primeiros socorros e cursos relacionados à medicina preventiva.</p>
<p>10. Gleneagles Hospital, Singapura:</p>	<p>Principal hospital do Grupo Hospitalar Parkway, é uma instituição multidisciplinar que está na vanguarda da tecnologia médica, sendo uma das mais importantes em especialidades como cardiologia, oncologia, obstetrícia, ginecologia e ortopedia. Conhecido pela alta qualidade dos médicos, do atendimento, pelos serviços amigáveis, o Gleneagles é muito conhecido por uma operação de 2005, em que uma equipe médica realizou a separação, em cirurgia de 10 horas, de duas gêmeas siamesas da Indonésia, que estavam unidas pelo quadril.</p>

FONTE: Texto extraído de: <<http://setorsaude.com.br/os-10-melhores-hospitais/#sthash.IBxxkBVu.dpuf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

Podemos observar no quadro acima que os hospitais nas últimas décadas vêm se empenhando para alcançar os melhores níveis de desempenho e com isso conseguir as certificações. Este processo significativo de certificação de qualidade, tem por objetivo melhorar os padrões de atendimento e serviços prestados, bem como, oferecer ao cliente de saúde um diferencial de qualidade, uma vez que os níveis de exigências destes têm se demonstrado muito presentes na contratação dos serviços.

3.1 INDICADORES DE QUALIDADE EM HOTELARIA HOSPITALAR

As mudanças que têm ocorrido nas instituições que prestam serviços de saúde cuja permanência do paciente é mais longa, como é o caso de hospitais, passam por mudanças de paradigmas, fazem com que os processos sejam revistos de forma que não somente se atendam as expectativas do cliente, mas que também resultem na minimização dos custos.

Todavia, tais alterações necessitam do uso de ferramentas que possam auxiliar o gestor neste processo de mudanças e tomada de decisões. Uma das ferramentas que podem contribuir, são os indicadores de qualidade.

Segundo Miranda (2011), os indicadores têm por objetivo monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Cada instituição estabelece os indicadores que utilizará na sua rotina, desde que esta possa demonstrar em forma de resultados a eficácia e eficiência do que está sendo medido.



Indicador – unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos aos pacientes e as atividades dos serviços de suporte. (TARABOULSI, 2005 apud ALVES, 2012, p. 79)

Lembre-se, caro acadêmico, de que os indicadores medem aspectos qualitativos e quantitativos. De acordo com Alves (2012), estes indicadores podem ser relativos a:

- **Estrutura:** incluem a parte física da instituição, seus colaboradores, equipamentos, móveis e outros aspectos relacionados à organização;
- **Processos:** incluem as atividades realizadas para o paciente, frequentemente ligadas ao resultado de uma atividade fim como, por exemplo, exames para diagnósticos e terapia, transportes de emergência etc.;
- **Resultados:** demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de vários fatores como, por exemplo, ambiente, estrutura e processos.

Assim, você irá encontrar uma imensa variabilidade de indicadores que poderão ser utilizados para mensurar a qualidade dos serviços de hotelaria hospitalar.

Vejamos alguns exemplos listados no quadro a seguir:

QUADRO 6 – EXEMPLOS DE INDICADORES DE HOTELARIA HOSPITALAR

O que será medido	Indicador
Total de limpezas terminais <i>versus</i> tempo total de liberação.	Tempo de chegada até o leito e tempo de higienização; total de limpezas terminais <i>versus</i> volume de ocorrências.
Total de limpezas concorrentes <i>versus</i> tempo das atividades.	Volume de solicitações extras <i>versus</i> motivos.
Total de roupas processadas: quilograma de roupa por paciente, por dia (Kg/PAC/dia).	Porcentagem de baixas, evasões e reposições; quantidade de solicitações extras <i>versus</i> motivos; % Não Conformidade da Lavanderia.
Total de satisfação dos clientes.	Porcentagem (%) de satisfação do cliente.
Total de manutenção realizada.	% OS (Ordens de Serviço) atendidas no período – Equipamentos; % OS (Ordens de Serviço) atendidas no período – Predial.

FONTE: A autora.

Prezado acadêmico, nosso assunto sobre qualidade em hotelaria hospitalar não se encerra neste tópico. Ao longo da disciplina voltaremos a tratar sobre este assunto de acordo com os temas abordados nas unidades.

Além disso, cabe lembrá-lo de que os temas estudados na disciplina de gestão da qualidade nos serviços de saúde poderão ser aplicados também na gestão de hotelaria hospitalar, devendo ser adequados às necessidades de cada organização.

LEITURA COMPLEMENTAR

HOTELARIA HOSPITALAR – NOVO CONCEITO EM HOSPEDAGEM AO CLIENTE

Janice Gulin Barbosa, Patrícia Leite de Meira, Ana Maria Dyniewicz

INTRODUÇÃO

Há no mercado uma diferença apresentada aos gestores de serviços entre vantagem competitiva e bom atendimento. Este é compreendido como obrigação, associado ao conhecimento técnico-científico, à responsabilidade, à ética, à inovação e à criatividade.

Vantagem competitiva trata de reconhecimento, por bom atendimento, com as características descritas acima, mas que seja único ou diferente dos demais, algo ou alguma coisa desejada, almejada pelos clientes de forma constante e consistente.

A hotelaria hospitalar representa vantagem competitiva, por meio de serviços organizados de apoio que assegurem conforto e segurança ao cliente e acompanhantes.

Acompanha o modelo de gestão que contribui para o aprimoramento do sistema hospitalar num sentido amplo, abrangendo aspectos tangíveis e intangíveis de atendimento. Engloba compromisso de gestores e trabalhadores, ambos comprometidos com a hospitalidade.

Deste modo, a hotelaria hospitalar foi criada para uma contínua busca da excelência, que concilia os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de sua clientela. Ela representa mudança na essência do atendimento em hospitais, pois propõe a introdução de novos serviços e processos nas atividades diárias, com destaque para o fato de não tratar as pessoas como paciente, mas um cliente em busca do melhor serviço.

Há, contudo, que se considerar o papel de gestores de hospitais para a funcionalidade da hotelaria. Cabe a eles promover condições de trabalho satisfatórias, dependendo dos recursos físicos e econômicos disponíveis, ainda despendendo esforços e apoio em busca da qualidade do atendimento e ao bom andamento do trabalho.

[...]

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Serviço de Hotelaria Hospitalar (SHH), foco deste relato, é de um hospital público inaugurado em 2009, situa-se na região metropolitana de Curitiba, Estado do Paraná. É especializado no atendimento de crianças e adolescentes voltados à

média e alta complexidade, com 141 leitos, incluindo terapia intensiva pediátrica e neonatologia; enfermarias clínica e cirúrgica; centro cirúrgico e atendimentos ambulatoriais. Há mais de seis áreas de convivência, além de biblioteca e brinquedotecas equipadas.

O SHH tem como missão oferecer prestação, dedicação e respeito aos pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários, gerando satisfação, segurança e acolhimento. A sua finalidade é a introdução e/ou implementação de técnicas, procedimentos e serviços de hospedagem como benefícios social, físico, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários. O Serviço responde à direção administrativa geral do hospital e segue a premissa de que deve estar centralizado sob uma mesma diretoria ou gerência, para que o processo de tomada de decisão parta de um mesmo ponto, minimizando eventuais conflitos. Contudo, o ato de bem receber e acolher o cliente não deve ser restrito à equipe que compõe o serviço de hotelaria num hospital, mas médicos, enfermeiros e outros prestadores de serviços precisam desenvolver características hospitaleiras

Como mostra a Figura 1, no organograma do SHH estão os serviços de Governança, de Alimentos e Bebidas e de Doações. O organograma poderia envolver setores como Recepção, Telefonia, Internamento e Ouvidoria, bem como setores de apoio como Manutenção dependendo da estrutura do Hospital. Contudo, atualmente a coordenação de Governança, responsável em suprir necessidades do SHH engloba Serviço de Higiene Hospitalar; Serviço de Rouparia que inclui Lavanderia, Controle de uniformes e enxovais e Costura; Gestão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; Serviços de jardinagem e Controle de pragas. A Coordenação de Alimentos e Bebidas segue a nomenclatura de hotelaria clássica e é responsável pelo Refeitório e Cozinha. O Lactário ainda permanece sob a gestão do SHH, bem como a Coordenação de Doações, que contribui para a assistência de clientes carentes.

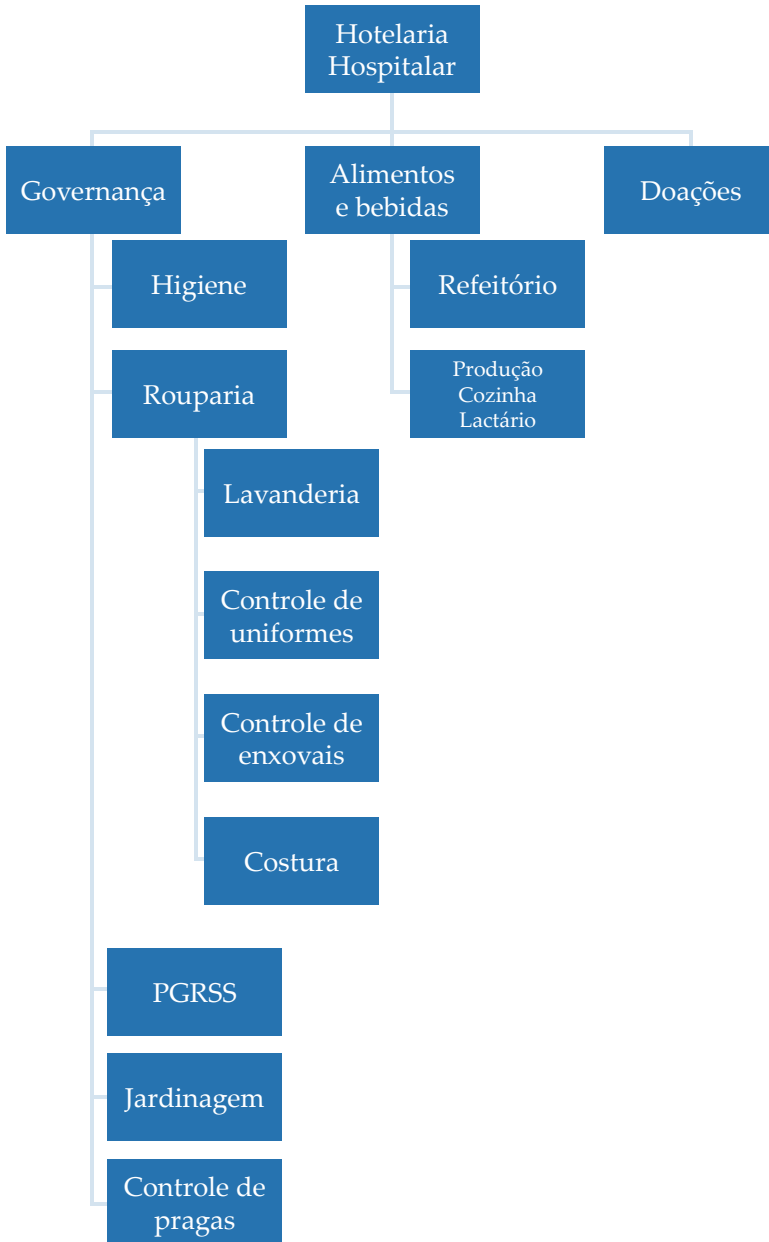
A organização de coordenações tem a finalidade de melhor planejamento, execução e avaliação de serviços.

Com o proposto na literatura, o primeiro passo para hotelaria hospitalar é a departamentalização, nomeando Coordenações e Operações da Hotelaria Hospitalar, voltadas para a humanização do ambiente, diferenciação de atendimento, qualidade de serviços e integração da hotelaria com outros serviços hospitalares de forma harmoniosa e eficiente. Requer ainda, espontaneidade dos gestos e atitudes das pessoas, aconchego físico e dar lugar à palavra do paciente e dos profissionais da área de saúde, formando uma rede de diálogo, no qual imperam o respeito, o reconhecimento mútuo e a solidariedade.

As atividades da Gestora do SHH foram categorizadas em dimensões para melhor atender às suas finalidades, a seguir apresentadas.

FIGURA 1 – ORGANOGRAMA DO SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR

Organograma Hotelaria Hospitalar



Campo Largo, 2012

Dimensão Gerencial

Elaborar plano de trabalho que responda às necessidades de clientes, familiares e acompanhantes, numa rede de diálogo com gestores dos diversos serviços do hospital com respeito, reconhecimento mútuo e solidariedade; promover ou implementar melhorias aos ambientes e serviços dos trabalhadores do hospital; definir e encaminhar contratos de prestação de serviços terceirizados para aprovação; acompanhar a prestação de serviços terceirizados de acordo com contrato, em especial quanto ao cumprimento dos prazos; encaminhar ao setor competente o cancelamento de prestação de serviço que não corresponda ao contrato firmado; solicitar tomada de preços e auxiliar na decisão de compras, de acordo com as normas administrativas; conhecer e sugerir os melhores produtos e serviços do mercado; elaborar e supervisionar a efetiva execução dos indicadores de qualidade para o SHH e encaminhá-los à direção do hospital; manter relacionamento harmonioso com gestores e funcionários, bem como serviços externos ao hospital.

Dimensão Supervisão e Assessoria

Realizar reuniões e conversas informais com coordenadores das unidades do SHH, organizando planos e projetos; avaliando serviços, tomando decisões compartilhadas, respondendo às dúvidas e outras ações inerentes à rotina das unidades; realizar visitas periódicas às unidades do SHH conversando e ouvindo os trabalhadores em suas dúvidas, críticas e sugestões; atender prontamente as prioridades das unidades do SHH; tratar os problemas com clareza e objetividade, evitando que os funcionários fiquem com dúvidas sobre suas atribuições; participar da Comissão de Humanização colaborando na sensibilização dos trabalhadores sobre os propósitos do SHH; participar do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar para conhecer e aplicar medidas de prevenção nas unidades do SHH; prestar assessoria e consultoria sobre SHH aos diversos setores do hospital e fora dele.

Dimensão Educacional

Realizar treinamentos sobre o tema SHH com trabalhadores do hospital; promover reuniões ou participar de reuniões em outros setores do hospital estimulando e orientando sobre segurança e conforto durante o período de internação; buscar contínuo conhecimento na área de hotelaria para aprimoramento das atividades no hospital.

Nas ações educativas tomou-se como referência os quatro processos importantes em hotelaria hospitalar: a) Processo de receber/acolher: utilizando de todas as técnicas da hotelaria, associadas às melhores práticas assistenciais, independentemente da porta de entrada - pronto-socorro, cirurgias eletivas, exames ou ambulatórios. Envolve o pensar nas salas de espera, no conforto físico, térmico, olfativo e nas pessoas que atuam no acolhimento do cliente e seus familiares; b) Processo de hospedar: processos que garantam o cuidado com as

questões socioambientais, considerando as rigorosas normas de manutenção e higiene que regem a área hospitalar, sem se esquecer do conforto, da segurança e do bem-estar que podem ser oferecidos aos pacientes e acompanhantes; c) Processo para alimentar: consideram-se aversões, desejos, dietoterapias, preferências de horários e hábitos étnicos e religiosos dos clientes. Criar opções de consumo e de cardápio.

Possibilitar que o contato com nutricionistas, a anamnese e as avaliações nutricionais sejam utilizadas como ferramenta de busca de expectativas, e não somente das necessidades dos clientes; e d) Processo de entreter: oferecer soluções para as esperas e internações de crianças, considerando sua faixa etária, sua patologia, seu tempo de internação, seus medos e ansiedades, para poder apoiar na sua evolução.

Novos modelos de gestão, como o SHH, passam por um processo de profissionalização que têm necessidade de eficiência, logo requer da liderança o tratamento de conflitos deste processo de empresarização do hospital. Um exemplo é o enfrentamento sobre a importância de equipar e manter espaços físicos harmoniosos e agradáveis. O sucesso da hotelaria está em serviços eficientes que encantam, tais como cores suaves, plantas e jardins bem cuidados e, principalmente, pessoas entusiasmadas interagindo com os clientes, revelando de tal forma o segredo dessa proposta que é o sorriso sincero e permanente, marca registrada da satisfação e do amor pelo trabalho realizado. Os clientes, familiares, acompanhantes e visitantes sentem-se confiantes e motivados quando a solidariedade se apresenta estampada nos semblantes de todos os envolvidos no seu atendimento.

Conciliar os pressupostos de hotelaria clássica e hotelaria hospitalar é um desafio à gestão e aos trabalhadores em saúde. Suplantar a perspectiva enraizada de hospitalidade, que requeria bom atendimento técnico e com segurança, para a ampliação em ambiente mais acolhedor e humanizado, é uma tarefa diária que exige boa gestão, persistência, confiança e motivação. A possibilidade desta mudança foi comprovada em estudo realizado em hospital com 121 pacientes e 98 acompanhantes. Os pesquisados apontaram que na primeira internação a influência do médico na escolha do hospital foi preponderante para 72%. Entretanto, para aqueles que já haviam sido internados a qualidade dos serviços de hospedagem, alimentação e de enfermagem foi o principal fator de escolha do hospital. Para os gestores que participaram da pesquisa os investimentos em hotelaria hospitalar devem ser treinamento de equipes; ambiente agradável tanto físico como emocional e materiais e equipamentos adequados e apropriados para a execução de tarefas.

[...]

FONTE: Revista Cogitare Enferm, v. 18, n. 3, p. 587-591, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33576/21074>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

RESUMO DO TÓPICO 3

Caro acadêmico, neste terceiro tópico você estudou sobre:

- A evolução histórica da qualidade em saúde e a complexidade da qualidade dos serviços de hotelaria hospitalar.
- As principais características dos serviços de saúde.
- A qualificação e qualidade nos serviços hoteleiros da saúde.
- Os indicadores de qualidade em hotelaria hospitalar.

AUTOATIVIDADE



1 O que é qualidade?

2 Pesquise na internet ou em outras fontes de pesquisas quais os indicadores de qualidade que as instituições de saúde têm utilizado no dia a dia.

IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade você será capaz de:

- compreender a operacionalização da hotelaria hospitalar;
- conhecer os principais setores ligados à hotelaria hospitalar;
- compreender a importância dos setores da hotelaria hospitalar.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. Ao final de cada um deles, você encontrará atividades que o auxiliará a fixar os conhecimentos estudados.

TÓPICO 1 - IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

TÓPICO 2 - CUSTOS E BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

TÓPICO 3 - A HOTELARIA HOSPITALAR E OUTROS DEPARTAMENTOS

IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Como vimos na Unidade 1 a hotelaria hospitalar não fazia parte do contexto dos hospitais até poucos anos atrás. Desde que os médicos conseguissem curar os pacientes e o ambiente fosse limpo já era o suficiente para agradar o paciente.

Com a mudança de perfil nas suas atitudes, o paciente passa a ser o cliente de saúde, que reconhece a sua responsabilidade e também conhece os seus direitos, e ao procurar os hospitais busca por soluções eficazes no tratamento de sua doença e quer ser bem-atendido.

A partir disso, o hospital também começa a mudar. Deixa de ser um local frio voltado para o atendimento de doenças de pacientes e passa a incorporar, na sua gestão, modelos que atendam a expectativa do cliente como as ferramentas de hotelaria clássica, agora, aplicadas no contexto hospitalar.

Todavia sabemos da complexidade que são os hospitais e das dificuldades que estes enfrentam no dia a dia para manter sua atividade-fim. Mas, mesmo assim este tem procurado adaptar sua gestão a este novo conceito de hospitalidade.

Nesta unidade veremos que a aplicabilidade e implantação da hotelaria hospitalar dependem muito do porte da instituição e dos objetivos, bem como de seu planejamento estratégico.

2 OPERACIONALIZAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

A implantação da hotelaria hospitalar em hospitais traz vantagens e benefícios a longo prazo para as instituições. Entretanto, a implantação destes serviços necessita ser planejados de forma que possam ser implementados simultaneamente ao atendimento do paciente, ou seja, sua finalidade.



Algumas instituições hospitalares já estão apresentando resultados positivos com a implantação da hotelaria hospitalar.

QUADRO 7 – SERVIÇOS COMUNS EM HOTÉIS E HOSPITAIS

Hotel	Hospital
Recepção (<i>check-in e check-out</i>)	Recepção – internação e altas
Concierge (portaria social)	Balcão de informações
Alimentos e bebidas	Nutrição e Dietética
Lavanderia	Lavanderia
Reservas	Agendamento ou programação

FONTE: Taraboulsi (2009)

Geralmente, de acordo com Taraboulsi (2004), os serviços de hotelaria mais adaptados às instituições hospitalares são:

- Serviços de mensageiro e porteiro.
- Governança.
- *Room service*: serviço de quarto para os clientes de saúde.
- Restaurantes para familiares, acompanhantes e visitantes.
- Departamento de eventos e/ou ensino para promover seminários, congressos, cursos e reuniões etc.
- Serviços de lazer: sala de leitura, biblioteca, jogos, ginástica, músicos, e pequenas apresentações nas áreas sociais e passeios pela cidade etc.

2.1 DEPARTAMENTOS E CARGOS NA HOTELARIA HOSPITALAR

Os departamentos ligados à área de hotelaria hospitalar devem ser adaptados às necessidades de cada instituição. A estrutura organizacional necessita ser bem definida para que se torne mais claro para a equipe quais são os limites de atribuições e de autoridade sobre as atividades que exercem (TAJRA, 2014).

Esta definição deve considerar alguns elementos essenciais conforme demonstrado na figura a seguir.

FIGURA 10 - CRITÉRIOS DE DEPARTAMENTALIZAÇÃO



FONTE: Tajra (2014)

Para isso é necessário que adote os parâmetros da departamentalização, agrupando os departamentos em unidades organizacionais de acordo com o organograma da instituição.

Agora, veremos alguns departamentos mais comuns encontrados nas instituições hospitalares.

2.2 DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DE HOTELARIA

O departamento de coordenação é um dos principais departamentos da área de hotelaria hospitalar. É responsável pela implantação, coordenação e controle de todos os serviços a serem inseridos (TARABOULSI, 2009).

Este departamento está ligado à gerência e/ou diretoria geral da instituição. É representado pelo **Gerente de Hotelaria** que é o cargo máximo da estrutura de hotelaria hospitalar. Suas atribuições resumem-se em implantar e adaptar os serviços de hotelaria, de forma que estes se tornem um apoio no tratamento de saúde dos pacientes.

Taraboulsi (2009) coloca como as principais atribuições e responsabilidade:

- Planejar, organizar, coordenar e supervisionar todas as etapas da implantação de todos da hotelaria hospitalar;
- Cultivar e desenvolver a confiança dos integrantes da alta administração do hospital;
- Utilizar de forma eficiente os recursos disponibilizados pela instituição;
- Organizar e conduzir as reuniões da equipe;
- Organizar o processo de admissão e demissão de colaboradores;
- Elaborar indicadores de resultados para o setor;
- Elaborar e acompanhar relatórios gerenciais etc.

2.3 DEPARTAMENTO DE RECEPÇÃO

O departamento de recepção nos hospitais é responsável pela orientação e coordenação das atividades operacionais da recepção, conforme os princípios da hotelaria hospitalar adaptada à unidade hospitalar e proporcionando aos clientes de saúde serviços de qualidade do atendimento. (TARABOULSI, 2009).

Ao contrário dos hotéis onde existe apenas uma recepção responsável pelo atendimento inicial dos clientes, os hospitais geralmente possuem diversas recepções para os diferentes tipos de serviço que estes oferecem.

A recepção principal: deve oferecer ao cliente de saúde um atendimento humanizado e de qualidade, pois, é este setor que receberá e fará a triagem do cliente e passará ao mesmo as informações essenciais para que ele possa obter o atendimento final, ou seja, irá tirar o cliente na condição de paciente (se este vier em busca de internação), de acompanhante, visitante, médico, fornecedor e prestador de serviço. (BOERGER, 2005).

Recepção geral: que tem por objetivo direcionar todas as pessoas que chegam ao hospital em busca de algum tipo de informação. Podem ser informações de localização, de pacientes, como por exemplo, pessoas que vêm ao hospital para visitar alguém que está internado. Ou ainda, alguém que venha participar de alguma reunião com a administração, ou ainda, a procura de um médico profissional da instituição.

FIGURA 11 – RECEPÇÃO GERAL



FONTE: Disponível em: <halfheart.forumeiros.com>. Acesso em: 24 nov. 2015.

Recepção de Internação: direcionada às informações relativas a internações do paciente. Passar as informações necessárias para o período de internação, bem como, entrega cartilhas de orientação com as normas da instituição, horários de visita, o que é permitido durante a hospitalização. Quais os serviços extras que ele terá acesso.

FIGURA 12 - RECEPÇÃO DE INTERNAÇÃO



FONTE: Disponível em: <www.aborlccf.org.br>. Acesso em: 24 nov. 2015.

Recepção de Pronto-socorro e/ou Pronto-atendimento: trata-se da recepção das unidades de urgência e emergência. Onde os pacientes se deslocam para receber o atendimento emergencial diante de alguma patologia. Geralmente, nestas recepções há uma grande pressão devido à característica do local, cabendo ao atendente além da agilidade, a atenção para que o paciente possa receber o primeiro atendimento de imediato.

FIGURA 13 - RECEPÇÃO DE PRONTO-SOCORRO E/OU PRONTO-ATENDIMENTO



FONTE: Disponível em: <ndonline.com.br>. Acesso em: 24 nov. 2015.



O **pronto-socorro** é uma unidade, em geral intra-hospitalar preparada para atender urgências e emergências que funciona 24 horas, 365 dias por ano (VECINA NETO, 2011).

O **Pronto-atendimento** é um conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde (BRASIL, 1987, p. 21- grifo nosso)

Recepção do bloco cirúrgico: geralmente é o local em que as pessoas ficam aguardando pelos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Trata-se de um local angustiante para o acompanhante, que aguarda por respostas, notícias e informações sobre o resultado da cirurgia.



Observe que as recepções são locais, que são imprescindíveis para dar algum tipo de informação, mas também é um local de espera.

É na recepção que o cliente de saúde será identificado ou com uma etiqueta onde constará seu nome, data e o setor e sua condição (paciente, visitante, acompanhante, fornecedor) ou ainda receberá um crachá para sua identificação que poderá ser de cores diferentes para facilitar a identificação da pessoa.

FIGURA 14 - MODELO DE CRACHÁS DE IDENTIFICAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://www.revistasdasdicas.com/modelo-de-cracha-fotos-de-varias-sugestoes-conheca/>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

FIGURA 15 - MODELO DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://www.modernasistemas.com.br/tecnologia/codigo/>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

2.4 GOVERNANÇA HOSPITALAR

O departamento de governança na hotelaria hospitalar compreende a supervisão e responsabilidade operacional das atividades de higienização das unidades de internação, setores fechados como centro cirúrgico, centro obstétrico, Unidade de Tratamento Intensivo e Central de Material Esterilizado, áreas de convivência social, além, de coleta e transporte dos resíduos, lavanderia, costura e rouparia (BOERGER, 2003).

Este é responsável pela imagem da instituição hospitalar. Sua atuação influencia diretamente na opinião formada por pacientes, acompanhantes e visitantes, que observam desde o atendimento atribuído até a arrumação dos quartos (BOERGER, 2005).

O departamento de governança, assim, como outros setores dos hospitais, tem o desafio de capacitar os profissionais para que sejam capazes de desenvolver o serviço de forma eficiente e com qualidade, tendo como prioridade o bem-estar do paciente, a humanização e a qualidade dos serviços médico-hospitalares. (TARABOULSI, 2009).

2.4.1 - Higienização e limpeza



A higienização e limpeza hospitalar é o setor responsável em contribuir para a minimização dos índices de infecções hospitalares. Você sabia que, o hospital é propício para o desenvolvimento de bactérias? E, que muitas delas se tornam multirresistentes a medicamentos e antibióticos?

No ambiente hospitalar, a higiene é considerada de fundamental importância. Além dos critérios exigidos pela legislação de saúde, fica claro que o processo de limpeza, executado de forma criteriosa e adequado, visando sempre à qualidade, acaba auxiliando até mesmo no processo de recuperação do paciente. Estar em um ambiente limpo, que traz conforto, bem-estar e segurança, é um grande diferencial (PANICALI, 2006 apud FELIX; GONÇALVES; FILHO, 2007, p. 39).



Uma das grandes dificuldades que afetam a Medicina, até os dias de hoje, é a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (BARSANO, et al., 2014).

De acordo com Taraboulsi, (2004, p. 131): “normas e critérios técnicos de limpeza rígidos precisam ser observados pela governança para que os serviços de limpeza e higiene possam ser prestados corretamente”, evitando infecções hospitalares.

Na área da saúde, os processos de limpeza de superfícies envolvem duas formas de limpeza: concorrente (diária) e terminal.

Limpeza concorrente: é a limpeza ou desinfecção realizada ainda no momento em que o ambiente está ocupado, ou seja, trata-se da limpeza diária realizada nos quartos de internações.

Limpeza terminal: é o procedimento de limpeza realizado no momento em que o paciente recebe a alta. Trata-se de uma limpeza mais detalhada do quarto do paciente.

FIGURA 16 - LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR



FONTE: Disponível em: <<http://www.conservadorasembh.com/conservadoras-blog/servico-de-higienizacao-hospitalar-conservadoras-em-bh/>>. Acesso em: 15 out. 2015.

A ANVISA classifica as áreas hospitalares em: críticas, semicríticas e não críticas.

QUADRO 8 - CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS HOSPITALARES

Áreas críticas	<p>são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.</p> <p>Exemplo: Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica, Unidade de Transplante, Unidade de Queimados, Unidades de Isolamento, Berçário e Alto Risco, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia.</p>
Áreas semicríticas	<p>são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.</p> <p>São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores.</p>
Áreas não críticas	<p>são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura.</p>

FONTE: Elaborado com base em ANVISA (2010, p. 21)

No caso de **limpeza concorrente** a ANVISA determina que ela seja realizada de acordo com frequência exibida na figura a seguir.

FIGURA 17 - FREQUÊNCIA DA LIMPEZA CONCORRENTE

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÍNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

FONTE: Anvisa (2010, p. 63)

No caso da limpeza terminal a ANVISA determina que ela seja realizada de acordo com o demonstrado na figura a seguir.

FIGURA 18 - FREQUÊNCIA DA LIMPEZA TERMINAL

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA
Áreas críticas	Semanal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas não-críticas	Mensal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas semicríticas	Quinzenal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas comuns	(Data, horário, dia da semana preestabelecido).

FONTE: Anvisa (2010, p. 63)



Para você ter conhecimento sobre os produtos e técnicas de higienização recomendamos a seguinte leitura:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010.

2.4.2 – Gestão de resíduos sólidos

O setor de governança também é responsável pela coleta do lixo hospitalar até a central de resíduos quando será dado um destino correto ao mesmo de acordo com as categorias: lixo reciclável, lixo infectante, lixo comum e perfuro cortantes, respeitando as normas estabelecidas pela legislação em vigor.

A geração de resíduos nos ambientes hospitalares é regulamentada pela Norma regulamentadora NR – do Ministério do Trabalho e Emprego, nº 32, que trata da segurança e saúde do trabalho em serviços de saúde.

FIGURA 19 - COLETA E TRANSPORTE DE RESÍDUOS HOSPITALARES



FONTE: Disponível em: <<http://www.resol.com.br/cartilha9/coleta.php>>. Acesso em: 15 out. 2015.



FONTE: Disponível em: <www.fiocruz.br>. Acesso em: 15 out. 2015.

Cabe à equipe ser bem orientada em relação à segregação, coleta e transporte destes resíduos até a central de resíduos onde o mesmo terá a destinação final correta.



Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

2.4.3 – Rouparia e lavanderia

Em relação à rouparia, o setor de governança tem a responsabilidade de controlar e gerenciar todas as atividades ligadas ao enxoval do hospital, ou seja, as roupas de cama e banho que são disponibilizadas aos pacientes durante o período de hospitalização.

Um dos desafios da área de rouparia é conseguir definir e manter o enxoval ideal para atender a assistência ao paciente.

GERENCIAMENTO DO ENXOVAL PASSO A PASSO

Ana Augusta Blumer Salotti

- Qual é a quantidade ideal? (quantidade de leitos x quantidade de trocas) resultado x 4 (ou 5);
- Qual é a quantidade real? (último inventário);
- Qual é a diferença: (entre quantidade ideal e quantidade real) = resultado + (quantidade de baixas) + (a quantidade da evasão) = QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA REPOSIÇÃO.

Somente para essa primeira parte você precisará levantar: # um controle detalhado das baixas (ou seja, peças que são tiradas de circulação tanto para reaproveitamento quanto para descarte), # de inventário e # de consumo de enxoval.*

Nem sempre você terá um número homogêneo de trocas. Então, procure descobrir quantas peças você precisa para abastecer o hospital durante 24 horas.

Conseguiu descobrir e adequar a quantidade ideal? Ótimo, então vamos para o **segundo passo**:

Otimizar recursos, identificando as Causas de Evasão e as Causas das Baixas, ou melhor, as Causas de Desgaste de Enxoval.

Para as causas de evasão, você terá que investigar mesmo:

Procure alinhar um processo e controle de retirada e devolução de enxoval com as equipes de remoção e transporte de pacientes – principalmente se essas forem terceirizadas; procure avaliar os índices de relave da lavanderia (os níveis aceitáveis estão entre 8 e 12%, dependendo do perfil e especialidade do hospital). Caso os índices de relave* estejam superiores a 12%, procurar saber o motivo (pois peças estão indo e não estão retornando). Procure também ter camareiras (ou funcionárias) diretamente nas alas, que sejam responsáveis pelo controle absoluto da distribuição das peças nos quartos. Não esqueça de seguir o fluxo de óbito: pode ser que as peças estejam indo muito mais longe do que a nossa imaginação possa alcançar... (tudo bem, não foi engraçado).

Para as causas de desgaste, acrescente 4 ou 5 colunas no seu controle de baixas: furos/manchas/ rasgos/ desgaste/ dano químico. Ao final do mês, avalie o total de cada causa, qual tem maior incidência e como pode ser corrigida (continue lendo para umas ideias) e então você terá uma Metodologia de Controle de Desgaste de Enxoval.

Para ter uma análise ainda mais criteriosa sobre o desgaste, avalie a vida útil / durabilidade das peças. No mesmo controle de baixas, anote a data que essa peça foi colocada em uso. O quê?! Você não anotou o mês e o ano na etiqueta? Então é hora de começar a anotar...

De cada mês, veja qual foi a peça que durou mais, a que durou menos e também calcule uma média entre todas (ou entre aquelas que apresentam uma variação comum). Depois, tire a durabilidade média do ano. Esse será seu índice de desgaste. *Esse indicador facilita muito seu planejamento orçamentário, além do planejamento de reposição.

Avalie também o uso desnecessário e o uso errado, ou seja, aquele cobertor que é utilizado como coxim, aquele lençol que vira tapete ou a toalha que é utilizada para conter um vazamento. Proponha e implante alternativas adequadas para essas finalidades, peças reaproveitadas para contenção de vazamentos seria uma delas. Em resumo, todo uso desnecessário implica diretamente o desgaste das peças, pois significa aumento na quantidade de lavagens. Reveja também seu mapeamento de distribuição de roupas: peças à disposição além da quantidade necessária implicam diretamente desperdício, já que... “tá sobrando mesmo!”.

Realizar treinamentos de conscientização com a enfermagem mostrando peças danificadas pelo mau uso, manchas de arraste, fotos de como não utilizar (...) bem como o impacto financeiro dessa perda, traz resultados excelentes.

Distribuir corretamente o peso sujo nos centros de custos de origem também é uma forma de engajar todos quanto ao desperdício no uso.

Terceiro Passo: Avalie os Resultados:

Após a implantação das melhorias atuando nas causas de desgaste, avalie os resultados pelo índice de quilo paciente / dia* porque o consumo por paciente pode ter tido uma redução significativa, mas com o aumento da taxa de ocupação dificilmente teremos um dado fidedigno para mensurar essa redução.

Avalie o comportamento das baixas também. Elas devem diminuir, ou então, a qualidade das peças precisa aumentar...

Qual foi o impacto financeiro da redução de uso de enxoval? E com a redução de baixas? E com a redução da taxa de evasão? Quanto você deixou de gastar? Divulgue, isso aumentará o comprometimento das pessoas.

Quarto passo: Comprometa e Envolver as Pessoas.

Continue com o trabalho de conscientização, divulgando os resultados obtidos.

Mostre o comportamento de consumo das áreas, forçando uma competição saudável pela redução no uso.

Quinto Passo: Avalie seu fornecedor (caso a lavanderia seja terceirizada). Qual é a pontualidade da entrega, os funcionários estão devidamente uniformizados, portanto crachá e EPIs? Quantas peças com avarias (manchas, furos, rasgos ou sem condições de uso) são encaminhadas no meio da roupa pronta para uso? Como é o atendimento, a correção dos pontos observados? Havendo possibilidade, liste esses indicadores em um SLA delimitando as margens aceitáveis e avalie mensalmente.

FONTE: Disponível em: <<http://www.hotelariahospitalar.com/gerenciamento-de-enxoval-passo-a-passo>>. Acesso em: 225 out. 2015.

O setor de lavanderia, por exemplo, também se destaca como um setor de apoio, ou seja, suas atividades não geram receitas diretas para a instituição.



Você sabia que a lavanderia de um hospital é diferente da lavanderia de um hotel? Isso mesmo, num hospital a lavanderia se encarrega de lidar com roupas infectadas e por isso, é importante o layout da lavanderia seja estabelecido de forma tal que a roupa infectante não se misture com outros tipos de roupa (BOERGER, 2005).

FIGURA 20 - FOTO ILUSTRATIVA DE UMA LAVANDERIA HOSPITALAR



FONTE: Disponível em: <<http://www.baurulav.com.br/empresa-baurulav.php>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

Lembre-se de que, devido à lavanderia hospitalar utilizar processos específicos que demandam espaços e uma estrutura adequada ao desenvolvimento da atividade, muitos hospitais acabam optando pela terceirização deste serviço.

2.5 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

O serviço de nutrição e dietética é responsável pela gestão de alimentos e bebidas. Em algumas instituições este setor já vem sendo identificado como setor de Gastronomia Hospitalar.

O serviço de nutrição e dietética de um hospital vai além de servir uma alimentação saborosa e segura ao paciente. Fazem parte deste setor a **cozinha** e a **copa** que são responsáveis por toda a alimentação destinada de acordo com as regras estabelecidas para os diferentes clientes (paciente e/ou acompanhantes) de forma que atendam suas expectativas.



Copa é um espaço que serve de apoio ao setor de nutrição e dietética. Dependendo do tamanho do hospital poderá haver uma copa central e outras distribuídas em vários setores de internação.

Cozinha é um espaço onde são preparadas e elaboradas as refeições de pacientes, acompanhantes e algumas vezes dos funcionários da instituição. Assim como em um hotel, a cozinha de um hospital requer estudo detalhado conforme veremos na Unidade 3 desta disciplina.

De acordo com Severine (2011), o grande desafio gerencial desta área é conciliar os objetivos da instituição, as necessidades dos clientes e a liderança dos colaboradores e, em alguns casos, o monitoramento dos serviços em um ambiente de estrutura complexa e que estão em constantes mudanças.

Os hospitais com o objetivo de melhorar a aceitação da dieta hospitalar pelo paciente têm aliado técnicas dietéticas básicas das dietas hospitalares aos atrativos da gastronomia, visando oferecer uma dieta equilibrada sem esquecer-se do prazer e satisfação que o ato de comer pode oferecer – **gastronomia hospitalar**.

A **gastronomia hospitalar** é a arte de integrar a patologia do paciente com a dieta individualizada junto a técnicas culinárias e gastronômicas de uma forma interativa com o processo de escolha, tornando-se assim um prazer o momento da alimentação, otimizando todos os recursos disponíveis (Audrey Castro apud Boerger, 2003, p. 79 – grifo nosso).



No Hospital do Coração (HCor), no Paraisópolis, zona sul da capital paulista, por exemplo, os pratos que saem da cozinha não se resumem, de forma alguma, a gelatina e sopa de arroz sem sal. No cardápio diário, há cinco saladas variadas, todo tipo de carne e até feijoada, em refeições disponíveis não somente a pacientes, acompanhantes e médicos, mas a todos que quiserem.

FONTE: Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/agencias/ae/ciencia-saude/detail/2010-10-05-1294687.shtml>>. Acesso em: 25 set. 2015.

Desse modo, a gastronomia hospitalar adquire destaque, motivada pela crescente necessidade das instituições de saúde em melhorar o atendimento oferecido, aliando a prescrição dietética e as restrições alimentares de pacientes a refeições atrativas e saborosas (BOERGER, 2003).

Seguindo a tendência de profissionalizar cada vez mais os setores que não são sua atividade-fim, hospitais privados colocam em suas cozinhas *chefs* ao lado de nutricionistas. Com isso, entram nos cardápios – famosos pela insipidez – prato como frango com molho de pitanga, batata corada, aspargo e sorvete e especiarias com purê de maçã, entre outros. O objetivo é claro: satisfazer o cliente e não perder o mercado (AUDREY CASTRO apud BOERGER, 2003, p. 83).

FIGURA 21 – MODELO DA ELABORAÇÃO DE UM PRATO ATRATIVO



FONTE: Disponível em: <<http://www.sempretops.com/culinaria/gastronomia-hospitalar/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

Algumas pesquisas em hospitais apresentam os resultados que a adoção da gastronomia hospitalar por parte do serviço de nutrição e dietética tem apresentado bons resultados à melhoria do atendimento ao paciente hospitalizado.



A Gastronomia Hospitalar como Instrumento de Humanização

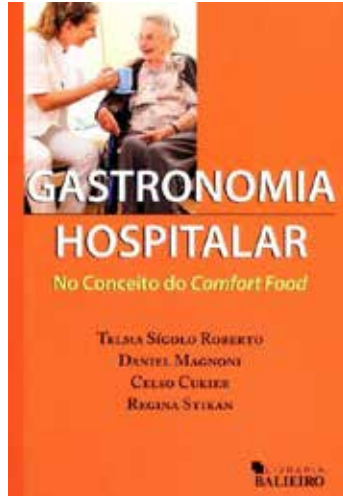
Nakasato, Miyoko et. al.

Introdução: a alimentação hospitalar é reconhecida por sua importância no atendimento às necessidades físicas e nutricionais dos pacientes. Porém, existe uma vulnerabilidade da aceitação da dieta hospitalar quando esta é baseada apenas em conhecimentos técnico-científicos. Assim, o cuidado humanizado, no que tange à alimentação, envolve os aspectos nutricionais e higiênico-sanitários, mas também o cuidado, conforto, acolhimento e as dimensões simbólicas e sensoriais da alimentação. A dieta hospitalar, que antes era vista como monótona, insípida e de odor desagradável, hoje recebe o incremento da gastronomia e de técnicas culinárias adaptadas às restrições dietéticas dos pacientes internados, com a finalidade de tornar as refeições nutricionalmente equilibradas e ao mesmo tempo prazerosas. A humanização da alimentação hospitalar deve integrar aspectos éticos que visem o atendimento individualizado; a prestação de um serviço de qualidade através do atendimento às expectativas do paciente; as sensações despertadas pelo sabor, aroma, cor, temperatura e textura dos alimentos; e os aspectos simbólicos e afetivos representados pelo ato de se alimentar, que envolvem o convívio, a troca de experiências, as comemorações e o respeito aos hábitos culturais e alimentares de cada indivíduo. **Objetivos:** descrever as ações humanizadoras na área da alimentação e gastronomia de um Serviço de Nutrição e Dietética de um hospital público especializado em cardiopneumologia de São Paulo. **Métodos:** Levantamento das ações humanizadoras implantadas nos últimos 10 anos. **Resultados:** Faz parte das ações de humanização, a elaboração de cardápios especiais para Natal e Ano Novo, utilizando preparações típicas e alimentos diferenciados, com decoração de temas natalinos nas bandejas, tornando a refeição um momento especial. O dia das crianças é outra data lembrada pelo serviço, com o intuito de levar um pouco de alegria às crianças internadas, oferecendo preparações como bolos, doces ou cachorro-quente. Além desses momentos especiais, o serviço preocupa-se em oferecer diariamente um cardápio variado, colorido, nutricionalmente adequado e priorizando o uso de temperos naturais. Há também, a aplicação do conceito de *comfort food*, atendendo as solicitações de pedidos especiais, uma vez que o nutricionista clínico presta atendimento nutricional ao paciente considerando os hábitos, as preferências e as aversões alimentares. **Conclusão:** a gastronomia é uma importante ferramenta na implantação de um serviço humanizado, contribuindo para o tratamento e conforto do paciente durante o período de internação, tornando-se uma importante aliada no processo de recuperação.

FONTE: Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br/medicalproceedings/cihhs/10326.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.



Para você aprofundar seu conhecimento sobre gastronomia hospitalar, sugerimos a leitura a seguir.



Gastronomia Hospitalar - No Conceito do Comfort Food
 Autor: Magnoni, Daniel - Cukier, Celso - Roberto, Telma Sigolo - Stikan, Regina 1. ed., 2012.

2.6 ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E EVENTOS

O departamento de comunicação e eventos tem um papel importante no contexto da hotelaria hospitalar. É este departamento que cuida da imagem da instituição. Além, de captar eventos com aluguel de salas para realização de eventos científicos (isto quando a estrutura permite), também ajuda na venda dos serviços que a instituição oferece.

De acordo com Taraboulsi (2009), para a realização de eventos nas dependências das instituições hospitalares é necessário observar alguns critérios que definem como eventos afins às atividades hospitalares, como:

- Eventos de caráter profissional: seminários, congressos, reuniões voltadas à área da saúde;
- Eventos de caráter social: inaugurações, comemorações de datas especiais e outros;
- Eventos de caráter instrutivo e de aperfeiçoamento: cursos e palestras.

Estes eventos são classificados também pelo número de pessoas:

- Até 200 pessoas – evento de **pequeno** porte.
- Entre 200 e 500 participantes – evento de **médio** porte.
- Acima de 500 pessoas – evento de **grande** porte.

Os cargos das equipes que atuam nessa área variam de acordo com cada instituição.

A assessoria de comunicação desenvolve um serviço especializado de coordenação das atividades de comunicação institucional. Cabe ao profissional traçar estratégias para estreitar o relacionamento com a imprensa, publicidade e propaganda e *marketing* (KOPPLIN; FERRARETO, 2001). Além disso, esse setor é responsável em repassar informações através de *sites*, redes sociais e o desenvolvimento de produtos sociais.



Hospital Pequeno Príncipe inaugura loja de Produtos Sociais

Os produtos sociais do Hospital Pequeno Príncipe são uma forma de engajar pessoas e empresas na causa da saúde infantil. Isso porque quem compra produtos sociais, além de presentear parentes e amigos com produtos exclusivos e de alta qualidade, também contribui para a manutenção das atividades do maior hospital pediátrico do País. Os valores obtidos com a venda dos produtos são integralmente revertidos para a manutenção do atendimento das crianças e adolescentes que necessitam de cuidados médico-hospitalares.

FONTE: Texto extraído de: <<http://pequenoprincipe.org.br/hospital/noticia/hospital-pequeno-principe-inaugura-loja-de-produtos-sociais/>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

LEITURA COMPLEMENTAR

LAVANDERIA, UMA ALIADA CONTRA INFECÇÃO HOSPITALAR

Se bem projetada, a unidade de processamento de roupas reduz a circulação de micro-organismos nas instituições de saúde.

O papel da lavanderia é representativo na cadeia das infecções, pois “ela atua como central receptora e distribuidora de germes”, segundo Jarbas Karman - um grande arquiteto que participou diretamente no desenvolvimento dos conceitos de arquitetura hospitalar no Brasil, falecido em 2008. Nela, são processadas as roupas utilizadas nos serviços de saúde, como lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, fraldas, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propés, aventais, gorros, dentre outros, por isso, é tida como área crítica. Sua responsabilidade é abastecer o estabelecimento assistencial de saúde com roupas em condições de uso, limpas e descontaminadas, física e bacteriológicamente.

Considerada um setor de apoio logístico, a lavanderia, também chamada de unidade de processamento de roupas, exerce uma atividade especializada que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extrasserviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

Se bem planejada, a unidade de processamento de roupas ajuda a eliminar os riscos de transmissão de infecção em ambientes de saúde, e, como dizia Karman, “o combate à infecção em hospitais tem o seu início na prancheta do arquiteto”. Assim, o projeto de arquitetura aqui é primordial, devendo respeitar as normas vigentes e seguir as recomendações do “Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos”, da Anvisa.

Planejamento físico

As unidades de processamento de roupas incorporam três áreas - lavanderia, costura e rouparia -, sendo sua planta física estudada em função da dimensão, distribuição, localização das instalações, da circulação e do fluxo do serviço.

FLUXO DE TRABALHO DE UMA LAVANDERIA

Recepção=>Separação/pesagem=> Lavagem/centrifugação=>
 Seleção de manchas=> Secagem/calandragem=>
 Passagem/prensagem=> Seleção para costura=>
 Dobragem=>Estocagem/distribuição

O espaço físico é dividido em dois ambientes isolados: área contaminada ou suja, para recebimento e manipulação das roupas sujas, e área limpa, para tratamento da roupa limpa.

O dimensionamento de uma lavanderia varia em função da barreira física, peso da roupa, tipo de tecido, equipamentos, instalações prediais, tipo de hospital, fluxo de roupa, técnicas de processamento, jornada de trabalho, qualificação de pessoal e condições climáticas. A análise desses condicionantes e suas inter-relações é necessária para orientar o fluxo das atividades que serão desenvolvidas na unidade de processamento de roupas.

O seu projeto arquitetônico é intrínseco ao cumprimento de normas técnicas e legais do Ministério da Saúde, que determinam cuidados para o combate à infecção cruzada, de forma a reduzir a entrada de micro-organismos externos, melhor trânsito entre o setor e outras unidades e boas condições de trabalho aos funcionários.

Localização e dimensões

Preferencialmente, a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde precisa estar localizada no pavimento térreo, próxima à casa de caldeiras e às centrais de suprimento, e com acesso e circulação restritos aos trabalhadores do setor.

Ela pode estar localizada na própria edificação ou em prédio anexo à mesma, de acordo com o desenho arquitetônico da instituição, sempre lembrando que a sua principal função é prevenir infecções.

Na definição da localização, são considerados o transporte e a circulação das roupas, a demanda, o sistema de distribuição de suprimentos, as distâncias entre as unidades que demandam roupas, ruídos, vibrações, tempo de transporte das roupas, emissão de calor e odores, risco de contaminação, direção dos ventos dentre outros.

As dimensões são calculadas em função do número de leitos da instituição, sendo o mínimo exigido de 60 m² a 150 m². De acordo com o Ministério da Saúde, 25% do espaço tem de ser ocupado com a sala de recepção, separação, pesagem e lavagem; 45% com secagem, passagem e dobragem; e 30% com armazenamento e distribuição.

Também é necessário considerar-se pé-direito, de modo que o ambiente comporte equipamentos e acessórios, dutos do sistema de climatização, uso de veículos e mecanismos de transporte, prevendo conforto e ergonomia para os trabalhadores.

FONTE: Texto extraído de: <<http://www.hospitalarquitetura.com.br/servicoes-e-tecnologia/32-lavanderia-uma-aliada-contra-infeccao-hospitalar.html>>. Acesso em: 15 ago. 2015.



RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico você estudou sobre:

- Implantação e operacionalização dos serviços de hotelaria hospitalar.
- Departamentos ligados à hotelaria hospitalar.

AUTOATIVIDADE



- 1 Pesquise junto ao hospital da sua cidade quais os serviços de hotelaria hospitalar eles oferecem aos pacientes.

CUSTOS E BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

No Tópico 1 deste caderno estudamos quais são os procedimentos e o serviços que precisam ser implantados nas unidades hospitalares para conseguir viabilizar e operacionalizar a hotelaria hospitalar.

Agora vamos estudar os custos que envolvem estas atividades, bem como, estudaremos os benefícios desta implantação, embora, já vimos muitos destes a partir da explanação da implantação dos serviços.

Precisamos lembrar que em qualquer área ou empresa sempre que realizamos modificações nos processos de gestão, vamos ter “custos”, pois, inicialmente estamos desprendendo fatores monetários para viabilizar estas mudanças.

Com o passar do tempo, que pode ser, a curto, médio e longo prazos esses valores desembolsados passam a ser considerados investimento, uma vez que, podem melhorar significativamente o serviço que oferecemos ao nosso cliente de saúde.

2 ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO EM HOTELARIA HOSPITALAR

Por ser uma instituição complexa, as instituições hospitalares necessitam ter seus processos muito bem definidos e na área da hotelaria hospitalar estes processos são tão importantes quanto na assistência direta de reestabelecimento da saúde.

De acordo com Boerger (2003), a vantagem do entendimento da Hotelaria Hospitalar como um departamento é permitir um processo contínuo e formal de gerenciamento do fluxo de informações necessárias à gestão das diferentes áreas de apoio da Instituição.

Além disso, quando temos os processos bem definidos é possível eliminar ou minimizar a redundância de atividades e controles dos dados e informações. Melhoramos os processos de informações e garantir a segurança de dados e geração de informações para a tomada de decisão (BOERGER, 2003).

2.1 OS PROCESSOS NA HOTELARIA HOSPITALAR

Controlar a medição e a implantação de processos operacionais voltados à hotelaria hospitalar é fundamental para seu entendimento e controle, principalmente nas atividades de governança, onde se demanda maior esforço para manutenção de qualidade, e que impacta diretamente na satisfação dos pacientes e visitantes.



Em hotelaria hospitalar tão importante quanto produzir serviços de qualidade, é atender as necessidades do cliente, atendendo expectativas e, se possível, superá-las (STENDER et al., 2013).

A implantação e medição de processos operacionais em hotelaria hospitalar é uma ferramenta que tem por objetivo padronizar a execução de tarefas e partir disso, analisar o estudo de tempos e movimentos de execução da mesma.



Processo é a arquitetura do serviço e descreve o método e a sequência em que sistemas operacionais de serviços se interligam para criar as experiências e os resultados que os clientes valorizarão. (LOVELOCK; WIRTZ, 2006, p. 187- Grifo Nosso).

De acordo com Stender et. al.. (2013, p. 55), é a partir da medição de processos que são analisados os tempos e forma de execução das atividades e através dos resultados obtidos são avaliados os movimentos que podem ser removidos do processo ou melhorados. Após esta análise os funcionários são treinados a executar seus processos no novo método e este volta a ser medido e então observando a melhoria na execução do processo é possível:

- Eliminar movimentos inúteis e consequente substituição por outros movimentos mais eficazes;
- Racionalização da seleção e do treinamento do pessoal contratado;
- Melhoria do nível de eficiência do funcionário melhoria da sua produção diária;
- Distribuição do trabalho para que não ocorram momentos em que haja excesso ou escassez de trabalho;
- Constituição de uma base uniforme para escalonamento salarial e também base para estabelecimento de prêmios por aumento de produção;
- Cálculo preciso do custo unitário dos produtos executados pelos funcionários.



É importante que se adote um manual de procedimentos operacionais voltados ao setor de hotelaria, de forma clara e objetiva, permitindo que as pessoas envolvidas no processo e com a atividade possa compreendê-la e realizá-la.

De acordo com Tajra (2014), não existe um modelo padrão de manual, a instituição deverá construí-lo de forma que atenda as suas necessidades. Em geral, são constituídos por documentos que descrevem as rotinas de trabalho e incluem:

- As próprias instruções de trabalho, com descrição passo a passo;
- Os fluxos das rotinas descritas;
- Os modelos dos formulários utilizados nas rotinas;
- O controle de registro e/ou documento que possibilitam a execução da atividade e/ou rotina.

Os processos envolvidos no serviço de hotelaria hospitalar se dividem em diversas atividades, como por exemplo, as descritas no quadro a seguir:

QUADRO 9 - DEMONSTRATIVO DE PROCESSOS E ATIVIDADES NA HOTELARIA HOSPITALAR

PROCESSOS	ATIVIDADES
PROCESSAMENTO DE ROUPAS	Lavagem de roupas Reparos nas roupas Confecção de roupas
PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES	Elaboração de cardápios Fornecimento de refeições
MANUTENÇÃO	Hidráulica Elétrica Civil Mecânica Jardinagem
SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA	Limpeza e higienização Coleta de lixos

FONTE: Adaptado de Varisco (2004)

Lembre-se de que as etapas dos processos devem ser interligadas e serem apresentadas de forma contínua. A falta de entendimento do processo pode gerar falhas que são prontamente percebidas pelo cliente e causam insatisfação (SPILLER et al., 2006).

2.2 PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO EM HOTELARIA HOSPITALAR

A terceirização é um processo que permite o gerenciamento de atividades-meios de uma instituição hospitalar por empresas especializadas, com o objetivo de se obter uma qualidade superior, flexibilização e ganhos econômicos.

O processo de terceirização já é muito utilizado pelo setor industrial e cada vez mais tem se destacado a outras áreas como é o caso dos hospitais. Isso ocorre principalmente pela dificuldade que as instituições enfrentam de conseguir contratar pessoas qualificadas e em número suficientes para atender as demandas (BOERGER, 2003).



Araújo (2006) destaca alguns benefícios ligados à terceirização:

- Redução dos custos e economia na utilização dos recursos da organização;
- Inovação tecnológica;
- Agilidade;
- Qualificação profissional; e
- Competência no negócio.

A terceirização pode ser classificada de acordo com dois critérios: a natureza do trabalho ou atividade que é realizada e o modo como se opera essa estratégia empresarial (ARAÚJO, 2006).

QUADRO 10 - CLASSIFICAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO

NATUREZA DO TRABALHO	OPERACIONALIZAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • área tecnológica • área administrativa 	<ul style="list-style-type: none"> • atividades periféricas das empresas (serviços gerais e outros); • sistemas de informação; • serviços de processamento; • processos de negócios.

FONTE: Araújo (2006)

No caso dos hospitais, a terceirização geralmente é realizada apenas para as atividades que não estão diretamente ligadas à missão ou objetivo institucional, ou seja, atividades meio como, por exemplo, limpeza e conservação, manutenção, segurança patrimonial e lavanderia.

2.3 SEGURANÇA E CONTROLE DO HOSPITAL

A segurança é um assunto negligenciado pelas instituições hospitalares. Boerger (2003) coloca que, geralmente, as instituições pensam que a contratação de uma empresa especializada resolve todos os problemas. Entretanto, quando nos referimos à segurança, trata-se de algo bem complexo que envolve acolhimento, conforto e bom atendimento.

Para garantir maior segurança nas unidades hospitalares BOERGER (2003) divide a entrada dos hospitais em duas áreas:

- **Portaria de funcionários**, chamada também de segurança orgânica. Esta área será responsável pela entrada de fornecedores, visitas de propagandistas, vendedores etc.
- **Vigilância patrimonial**, que deverá estar em locais estratégicos, garantindo a segurança de clientes, que poderá ser realizada por equipamentos ou por pessoas.



Mesmo que você contrate uma empresa especializada para realizar a vigilância patrimonial, é muito importante que seja realizada a capacitação dos profissionais. Lembre-se de que cada instituição possui regras e normas específicas.

Atualmente observa-se nas instituições hospitalares que a segurança passou por um processo evolutivo. Até alguns anos atrás, a segurança estava restrita à portaria de entrada e saída, evitando que pacientes se evacuassem dos hospitais sem autorização, e que os horários de visitas fossem respeitados. Hoje já encontramos locais totalmente monitorados por câmeras de segurança, sensores de barreiras e controles eletrônicos de entrada e saída (SIPLER, et. al., 2006).

Este novo modelo ajuda tanto para a segurança dos paciente e visitante, como também, das equipes que ali atuam, pois, hospitais são áreas muito vulneráveis e que estão predispostas a situações de riscos como: pacientes procurados pela polícia, pessoas em busca de drogas medicamentosas controladas, pacientes vítimas de vinganças etc. A esse respeito leia o trecho a seguir:

CONTROLE DE ACESSO EM HOSPITAIS TRAZ MAIOR SEGURANÇA E CONFORTO PARA PACIENTES E FUNCIONÁRIOS

Marco Antônio Barbosa

O baixo controle nas entradas e saídas dos hospitais públicos revelados recentemente pela grande mídia denotam a baixa segurança que pacientes, familiares e equipe técnica vive cotidianamente – especialmente na rede pública de saúde. Segundo algumas reportagens, bastou que o jornalista estivesse trajando branco para acessar todas as áreas do hospital sem apresentar qualquer identificação.

O hospital é um organismo de gestão complexa por compreender trabalhos de hotelaria, lavanderia, serviços médicos, vigilância, restaurantes, atendimento a pacientes etc. Por isso, casos de roubo de medicamentos, fuga de pacientes, alto fluxo de desconhecidos, roubo de crianças e até assassinatos por desligamento de aparelhos vitais não são incomuns.

Algumas das mais importantes entidades do setor, tanto brasileiras como estrangeiras, contam com grupos de estudos especializados no tema.

É o caso da Associação Brasileira de Profissionais de Segurança (Abseg) e Associação Brasileira dos Profissionais de Segurança Orgânica (ABSO), além da norte-americana International Association for Healthcare Safety and Security (IAHSS).

O aumento crescente da violência no mundo afeta a todos os segmentos, inclusive o hospitalar. Por isso, é dever da instituição implantar controles de acesso eficientes, visando maior segurança e tranquilidade na rotina de médicos, enfermeiros, equipe administrativa, pacientes e acompanhantes. O sistema de monitoramento e controle de acesso foi, portanto idealizado para dar mais segurança às unidades hospitalares, por meio de catracas com identificação biométrica, portas automáticas controladas, por exemplo, ou a instalação de câmeras quem filmam em alta resolução.

Atualmente, alguns centros de excelência e referência no setor no Brasil, como os hospitais São Luiz, Albert Einstein e Sírio Libanês, já utilizam tecnologias que permitem o controle mais eficiente do fluxo operacional – seja de pessoas ou de medicamentos. Os sistemas de acesso asseguram alto nível de controle da circulação de pessoas em áreas sensíveis como farmácia, necrotério, centros cirúrgicos etc. Outra ferramenta importante é o monitoramento por imagens, com o objetivo de combater ações de violência, roubos e furtos no ambiente. Mais adotado na rede hospitalar particular, essa captação e gravação de imagens é feita por câmeras, com vistas a oferecer mais conforto tanto para pacientes como a equipe que trabalha no local.

Assim, o acesso não somente às alas internas do hospital, mas também a entrada e saída de veículos têm igual importância. Um processo ágil, definido a partir de um cadastro único de pessoal técnico e visitante, pode definir o acesso ao local. Da mesma forma, a automatização restringiria o acesso de não cadastrados a remédios, por exemplo, aumentando a segurança do ambiente.

As mais recentes soluções da indústria permitem definir uma política personalizada de controle de acesso para pessoas e carros dentro da área do hospital. Se o local permite apenas três ocupantes por dia, o sistema se encarrega de controlar tudo: quem esteve na sala, em qual horário e quando saiu.

Na área farmacêutica, as soluções de controle de acesso também podem estar presentes. É possível acompanhar quais dos enfermeiros e médicos autorizados tiveram acesso aos armários de remédios, principalmente aqueles com tarja preta – os mais controlados. Além disso, o desempenho do sistema é totalmente mensurável, antevendo fatos negativos que possam vir a acontecer, além de sanar problemas já detectados por estes.

FONTE: Texto extraído de: <<http://www.de-seguranca.com.br/controle-de-acesso-em-hospitais-traz-maior-seguranca-e-conforto-para-pacientes-e-funcionarios/>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

3 OS CUSTOS DA IMPLANTAÇÃO DA HOTELARIA HOSPITALAR

Caro acadêmico, agora vamos relembrar alguns conceitos que você já estudou em outras disciplinas, mas que são importantes também para a compreensão e na implantação das atividades ligados à hotelaria hospitalar.

3.1 CONCEITOS DE CUSTOS

Antes de entrarmos no estudo de custos, você se recorda o que são os gastos?

Gasto é a palavra usada para representar genericamente os investimentos, as despesas e as perdas, além dos custos. O desembolso e o recebimento são palavras reservadas para, como o próprio nome diz, saída e entrada de dinheiro na organização.

O monitoramento e apuração dos custos dentro das unidades hospitalares são de responsabilidade do setor de contabilidade. A partir das informações apuradas é possível se tomar uma série de decisões importantes no dia a dia da instituição.

Mas, o que é custo?

Nas instituições hospitalares que se enquadram na área de serviços, custos são todos os fatores associados à prestação dos serviços. Por exemplo, no serviço de hotelaria, além da dieta que servimos ao paciente, temos ainda os custos do salário da copeira, da cozinheira, os encargos, benefícios dos profissionais envolvidos, medicamentos utilizados durante a internação do paciente.

Na hotelaria hospitalar os custos são considerados todos os gastos relativos aos materiais, serviços e utilidades, bens patrimoniais e recursos humanos envolvidos na prestação de serviço do paciente e sua satisfação (VARISCO, 2004).

Conhecendo os verdadeiros custos dos serviços prestados, as organizações hospitalares estarão em condições de cortar desperdícios, melhorar seus serviços, avaliar incentivos de qualidade e impulsionar para o melhoramento contínuo através do gerenciamento baseado em atividade. (ABBAS, 2001, p. 15).

Agora que você já lembrou o conceito de custos, vamos estudar os custos e benefícios que a hotelaria hospitalar poderá trazer para a instituição.

3.2 BENEFÍCIOS X CUSTOS DA HOTELARIA HOSPITALAR

No momento em que o paciente chega ao hospital, ele se depara com várias incertezas que o acompanham desde a sua internação até o momento da alta. Ele se encontra em um estado de vulnerabilidade, e mesmo que a instituição seja confiável, acreditada pelos programas de qualidade, é muito importante que ele seja acolhido com humanização (BOERGER, 2007).



Medir esse custo-benefício do acolhimento é difícil, visto que é algo subjetivo, trata-se de como a pessoa percebeu seu atendimento.

A hotelaria hospitalar busca aproximar as expectativas do cliente das suas reais necessidades, preocupado com a mensuração de suas expectativas. Não busca interferir no exercício das funções dos profissionais que vão trabalhar em prol do reestabelecimento da saúde do paciente, mas sim, ajudar para que nesse processo o paciente saia mais satisfeito com o atendimento (BOERGER, 2007).

Boerger (2007) divide a hotelaria hospitalar em cinco componentes que Peninche (2005) define como 5Hs, que se encontram descritas no quadro a seguir.

QUADRO 11 - CRUZAMENTO DAS ATIVIDADES DE HOTELARIA HOSPITALAR

	Humanização	Hotelaria	Hospitalar	Hospitalidade	Humor
Humanização	Assistência integral	<i>Marketing</i> de relacionamento	Empatia	Ouvidoria	Musicoterapia
Hotelaria	<i>Marketing</i> de relacionamento	Porteiro Camareira Mensageiro	Novos Serviços	Acolhimento	Eventos
Hospitalar	Empatia Equipe Assistencial	Novos serviços Conforto	CCIH Segurança	Participação da família	Palestras Vídeos em sala de espera
Hospitalidade	Ouvidoria	Acolhimento Internação	Participação da família	Hospitalidade	Central de Serviços
Humor	Musicoterapia	Eventos artísticos	Vídeos e palestras	Central de serviços	Eventos comemorativos

FONTE: Boerger (2007)

Além disso, Boerger (2007) elenca alguns prerrequisitos para a implantação da hotelaria hospitalar:

Clima e cultura organizacional: caso o gestor esteja mais preocupado pelo impulso mercadológico, a hotelaria estará focada mais na questão de perfumaria do que no foco principal que é o bem-estar do paciente, condição indispensável para a melhoria da saúde.

Serviços de saúde bem estruturados: Além dos mimos que um hospital pode oferecer ao paciente, como *kits* de higiene pessoal, canais de tv a cabo, rede wi-fi de internet, o hospital não pode esquecer de duas funções básicas que é tratar as enfermidades do paciente. Caso os serviços não estejam bem estruturados, aos olhos de pacientes e acompanhantes a hotelaria hospitalar se tornará indispensável e irrelevantes.

Organograma: Para que haja mais integração entre os setores é necessário que o setor de hotelaria hospitalar esteja inserido no organograma, com os serviços que estão sob a sua responsabilidade, como: governança, rouparia, lavanderia, segurança e vigilância patrimonial.

Custeio por atividades: Custear as atividades é fundamental para se conhecer o custo-benefício. Podemos ter uma hotelaria hospitalar sustentável, onde os serviços acabam se pagando, ou seja, os custos serão variáveis de acordo com o consumo do paciente, caso não haja consumo não teremos gastos.

Resistencia: nem sempre as instituições estão preparadas para iniciar as alterações necessárias para a implantação da hotelaria hospitalar. Cabe ao gestor capacitar suas equipes sobre postura profissional, atendimento ao cliente, mudanças de uniformes, facilitam a entrada de novos conceitos no dia a dia.

QUADRO 12 – AVALIAÇÃO DE CUSTOS X BENEFÍCIOS DA HOTELARIA HOSPITALAR

	CUSTOS	BENEFÍCIOS
Hospitalar	Investimentos com CCIH para sinergia com a HH, integração do SND com a gastronomia hospitalar gastos com controle de enxoval.	Redução da infecção hospitalar, melhoria da alimentação, dietoterapia e disponibilização da roupa hospitalar.
Hoteleiro	Aumento na folha através da inserção de novas funções hoteleiras (chefe de cozinha, camareira, porteiro, mensageiro etc.).	Melhoria no serviço ao cliente, mudança da imagem do hospital no mercado. Redução de gastos através eliminação de re-trabalho e de desperdícios.
Humanização	Palestra de conscientização.	
Hospitalidade	Gasto com treinamento contínuo de todas as equipes no que se refere ao atendimento ao cliente.	Melhoria na qualidade do serviço prestado.
Humor	Gastos com serviços de entretenimento como: assinatura de revistas em sala de espera, custos inerentes com implantação de brinquedoteca, músicas em sala de espera.	Diminuição com o estresse da internação, melhor relacionamento e facilidade na abordagem com o cliente, fidelização devido diferencial de atendimento.

FONTE: Boerger (2007)

De acordo com o consultor Thiago Nezzi Sais, a hotelaria hospitalar busca agregar uma gama de serviços geradores de bem-estar para melhorar a saúde, uma vez que os objetivos iniciais com a implantação deste serviço serão de suprir as necessidades básicas e operacionais do hospital.

LEITURA COMPLEMENTAR**A HOTELARIA HOSPITALAR COMO UMA NOVA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

Calel de Oliveira
Edna Fernandes Gomes
Fernanda Cristina Racaneli
Guilherme Garcia Velasquez
Marília Rodrigues Lopes

[...]

A HOTELARIA HOSPITALAR

A hospitalidade no ambiente hospitalar é um dos fatores que contribuem para a satisfação de algumas das necessidades humanas, como a socialização e participação, tendo em vista que o homem é um ser social. Na maioria das vezes, o cliente hospitalizado encontra-se em situação de grande instabilidade física e emocional e por isso necessita de assistência e compreensão, tanto de seus familiares como de toda a equipe que lhe assiste.

Portanto, considera-se importante ao paciente, um ambiente hospitaleiro, agradável e humanizado, composto por uma equipe profissional altamente capacitada e que contribua para a sua recuperação e contentamento. Nesse diapasão, Camargo (2004, p.19) propõe que a “hospitalidade, do ponto de vista analítico operacional, pode ser definida como o ato humano, exercido no contexto doméstico, público ou profissional, de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter pessoas temporariamente deslocadas de seu *habitat*”.

Para a automação do hospital no que tange à prática da Hotelaria Hospitalar, pode ser necessária a formação de *cluster* (conselho) de responsabilidade, formado basicamente pela equipe administrativa da instituição. Vale apontar que a formação de *clusters* impescinde, ou seja, é necessária, já que permite abertura para que profissionais de outras áreas participem das decisões hospitalares, formando assim uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

Embora tal colocação pareça lógica, tendo em vista que muitos hospitais acreditam não ser possível ou não veem referido serviço como um centro de negócios, deixam de se preocupar com esse equilíbrio e, por conta de um possível prejuízo, buscam justificar o não investimento.

O surgimento dos primeiros hospitais com pouco conhecimento e ausência de recursos terapêuticos fez com que se tornassem ambientes onde apenas o cuidado, o alívio do sofrimento e o consolo dos enfermos eram considerados os principais objetivos (BARROS, 2004)⁸, sendo a competência profissional e a higienização do hospital aspectos suficientes. Nesse período, quem buscava o hospital para cuidar da saúde assumia uma posição de “ser-passivo”, deixava de ser cidadão com vontades e anseios próprios, direitos individuais, por isso designado paciente, obedecendo às ordens médicas e da enfermagem.

Com as mudanças no atendimento médico-hospitalar, o paciente passou a ser visto como cidadão ciente de seus direitos e responsabilidades, surgindo uma nova designação: cliente de saúde, a qual abrange, além da pessoa hospitalizada, os amigos, visitantes, acompanhantes e familiares, ou seja, toda pessoa que entra em contato com o hospital.

A análise carece também da discussão estrutural e conjuntural acerca da distinção entre saúde pública e privada no Brasil. Não há humanização em parte significativa dos hospitais públicos neste país. O texto parece tentar fortalecer uma ideologia administrativa.

Tarabousli (2003, p. 20) apresenta que:

Vislumbramos, ou melhor, entendemos por cliente de saúde toda e qualquer pessoa que entra em contato com o hospital para adquirir serviço médico-hospitalar, ou simplesmente solicitar uma informação. Ela é um ser humano que quer atenção, respeito e qualidade. A princípio, ela não gostaria que estivesse procurando pelos serviços hospitalares devido à natureza dessa atividade e dos transtornos que isso possa lhe causar; afinal, ninguém frequenta um hospital por sua livre e espontânea vontade, mas por estar, circunstancialmente, obrigado a fazê-lo.

A prática da Hotelaria Hospitalar também oferece recursos que, se bem planejados e utilizados, beneficiam a geração de lucros. Apesar do avanço da tecnologia e o conceito de qualidade serem aprimorados conforme as exigências do paciente, muitos hospitais ainda não possuem a visão voltada a esse segmento. Pode-se entender que o mesmo visa satisfazer as necessidades dos clientes e proporcionar às instituições, estratégias que ampliem as opções de entretenimento e serviços, de modo a servir de atrativo a outros clientes.

Escrevendo sobre as novas tendências da área, Tarabousli (2003, p.18, grifo nosso) diz que a hotelaria hospitalar é “uma tendência que veio livrar os hospitais da ‘cara de hospital’ e que traz em sua essência uma proposta de adaptação à nova realidade do mercado, modificando e introduzindo novos processos e serviços e condutas”.

Dessa forma, a Hotelaria Hospitalar trouxe o conceito de humanização para a área de saúde, propiciando uma nova imagem ao hospital, através de diferentes serviços, que proporcionem aos clientes conforto, segurança, trazendo para ele o sentimento de exclusividade.

O novo conceito denominado humanização vem sendo utilizado pela Hotelaria Hospitalar, concebendo o paciente como um cliente de saúde que busca cuidados especiais, já que a exigência do consumidor alterou os objetivos e métodos dos hospitais de maneira que fossem reavaliados, e então pudessem estabelecer normas com o intuito de humanizá-los. As instituições de saúde estão buscando implementar esse conceito nos serviços prestados, visando uma humanização no atendimento, não apenas no quadro humano e arquitetura física, mas em todos os fatores que agregam valor aos serviços. A Hotelaria Hospitalar tornou-se essencial em qualquer empreendimento que busca a satisfação dos clientes e consequentemente a redução dos custos e a maximização dos lucros.

O cliente de saúde necessita de contato com o mundo pelos diversos meios de comunicação como: telefone, televisão, jornais, revistas e internet, não devendo se sentir excluído da sociedade. Ciente disso deseja um ambiente menos estressante. Nesse momento, a instituição hospitalar reconhece que precisa reformular o seu conceito de hospedagem, podendo introduzir e adaptar a prática hoteleira em seu contexto, de forma a propiciar ao cliente um ambiente agradável, em vez de frieza e impessoalidade.

A Hotelaria Hospitalar no Brasil é recente, com pouco mais de uma década e sua frequência está mais presente em hospitais particulares, pelas próprias questões financeiras, por contarem com equipamentos de alta tecnologia e profissionais qualificados (BOERGER, 2003).

Diante das necessidades dos hospitais públicos no Brasil, Boerger (2003, p. 22) descreve que: “apesar de muitos hospitais públicos enfrentarem dificuldades adicionais se comparados com hospitais privados, há algum deles que conseguem, com criatividade e competência, desenvolver trabalhos tão bons quanto os de alguns hospitais privados”, ou seja, com uma gestão eficiente, desenvolvendo ótimos trabalhos, conseguirão atingir os objetivos da humanização, primeiro passo para se ter uma hotelaria hospitalar.

Castelli (2001, p. 77) explicita que:

São as características próprias dos bens e serviços, finais ou intermediários, como: durabilidade, originalidade, aparência agradável. Os bens e serviços são revestidos de características. Quando essas vêm ao encontro das necessidades das pessoas, dizemos que elas proporcionam benefícios, ou seja, são produtos úteis para as pessoas. Não adianta, pois, revestir-se um produto de inúmeras características se elas não levam benefícios para as pessoas. Se elas não agregam valor.

Observa-se, então, a necessidade de investimentos que não apenas injetem dinheiro, mas que também implementem políticas de qualidade e excelência nos serviços prestados, oferecendo uma equipe capacitada e humanizada, tornando a Missão e Visão da empresa comum a todos. De acordo com Lamprecht (1995, s/p.) a qualidade é “o conjunto de detalhes e peculiaridades de um produto ou serviço que influenciam sua habilidade de satisfazer as necessidades explícitas ou percebidas”.

Pela sua preocupação com o bem-estar, a hotelaria hospitalar volta-se para uma busca contínua de excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de sua clientela. Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, o hospital passa a investir nos serviços que envolvem a hospedagem, reconhecendo o paciente e o seu acompanhante como clientes (BATISTA, 2005).

Baseando-se no termo hotelaria, ato de hospedar, de acolher com satisfação e prazer, é indispensável que as pessoas que acolhem o cliente no hospital estejam conscientes da importância do seu papel e busquem continuamente sua capacitação para prestar um serviço que proporcione o encantamento ao mesmo.

FONTE: Texto extraído de: <<http://periodicos.uern.br/index.php/turismo/article/view/341/233> - Acesso em 25/11/2015>. Acesso em: 25 out. 2015.



RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico você estudou sobre:

- Organização e planejamento hospitalar.
- Os benefícios da hotelaria hospitalar.
- Custos da implantação da hotelaria hospitalar.

AUTOATIVIDADE



- 1 Verifique junto ao gestor de um hospital quais os custos que a instituição teve para implantar a hotelaria hospitalar.

A HOTELARIA HOSPITALAR E OUTROS DEPARTAMENTOS

1 INTRODUÇÃO

A hotelaria hospitalar é um serviço de apoio a diversos departamentos e/ou serviços oferecidos pelas instituições hospitalares.

Não com o objetivo de intervir no tratamento médico-assistencial do paciente, ela tem os objetivos de oferecer algo mais ao paciente e por isso, ela interage suas atividades com diversas áreas assistenciais.

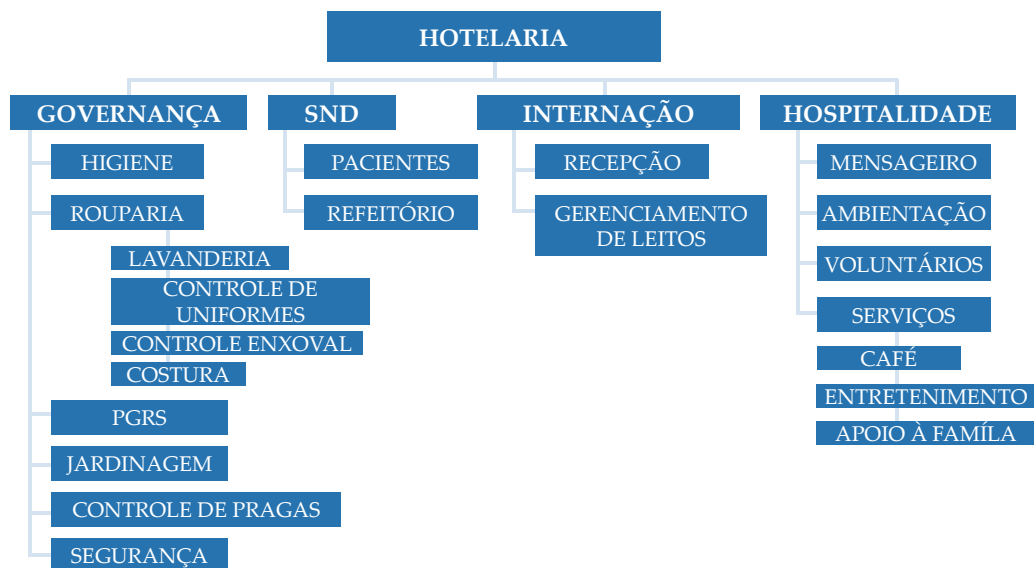
Neste tópico vamos estudar como a hotelaria hospitalar integra a equipe multidisciplinar que acompanha o paciente.

2 RECEBENDO O CLIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Você já deve ter ouvido o ditado popular, a primeira impressão é a que fica, não é mesmo? No ambiente hospitalar é isso que acontece. Muitas vezes o período de estadia no paciente na instituição estará vinculado à primeira impressão que ele terá no primeiro atendimento.

Os organogramas do setor de hotelaria hospitalar podem ser elaborados de acordo com a necessidade de cada instituição. A figura a seguir apresenta um modelo de organograma padrão da estrutura de hotelaria hospitalar.

FIGURA 22 – MODELO DE DEPARTAMENTOS DA HOTELARIA HOSPITALAR



FONTE: Disponível em: <<http://www.hotelariahospitalar.com/organograma-de-hotelaria-hospitalar>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

2.1 A IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE RESERVAS

A central de reservas é o setor que atende as solicitações de internações de pacientes eletivos e/ou emergenciais através das unidades de pronto socorro.

Assim, como na hotelaria muitas vezes é através da central de reservas que ocorre o primeiro contato com o cliente, muitas vezes mesmo antes do contato físico e pessoal. Por isso, é recomendável que a central de reservas e a recepção de internação estejam sempre bem próximas, com informações atualizadas.

Observe no quadro a seguir, como a central de reservas de um hospital se difere da central de reservas de um hotel clássico.

QUADRO 13 – CARACTERÍSTICAS DA CENTRAL DE RESERVA – HOTEL E HOSPITAL

HOTEL	HOSPITAL
As reservas são solicitadas por pessoas físicas, empresa ou agência de viagem.	As reservas de internação são realizadas pelo médico, clínica, operadora de saúde e/ou pelo sistema de regulação do SUS.
Programação de curso, médio e longo prazo, ou seja, data de entrada e saída.	As internações nem sempre conseguem ter uma programação de curto, médio e longo prazo, (datas de entrada e saída), pois envolvem intercorrências clínicas.
As reservas determinam limite de despesas de cada hóspede.	As despesas das internações nem sempre podem ser previstas, há intercorrências e outros fatores que podem influenciar em alterações.
As reservas têm um prazo estabelecido de cancelamento.	As internações não têm prazo para cancelamento (ambas as partes), podem ser canceladas, adiadas conforme orientação médica e/ou de acordo com a disponibilidade do hospital.
Em dias de <i>over-booking</i> (lotação além da capacidade instalada), podem recusar reservas.	Em dias de <i>over-booking</i> , não podem recusar internações de urgência e emergência. Dependendo da gravidade do estado clínico do paciente busca-se a alocação do paciente nas unidades mais próximas e com segurança.
<i>Up-Grading</i> : é a acomodação de um hóspede num apartamento superior com diárias de apartamento inferior – ocorre às vezes para reparação de falhas.	<i>Up-Grading</i> : é a acomodação do paciente em unidade superior com unidades de internação superior. Como ocorre em hospitais que atendem SUS e sua capacidade de enfermarias estão com lotação máxima. Ou ainda, quando um paciente de convênio sai do centro cirúrgico e no momento houve intercorrência e seu apartamento ainda não está desocupado.

FONTE: Adaptado de Taraboulsi (2009)

Você pode observar no Quadro 13 que a central de reservas de um hospital é bem mais complexa do que um hotel. Exige do profissional que está à frente deste setor um conhecimento prático das duas áreas (hospitalar e hoteleiro).

Taraboulsi (2009) elenca alguns aspectos que julga necessários que sejam observados:

- Contratação de pessoas objetivas, claras e bem-humoradas;
- Equipamentos e *softwares* adequados para gerenciar as informações de internação;
- Conhecimento das coberturas de cada plano de saúde por parte do profissional atendente;
- Conhecimento dos fluxos e processos da instituição;
- Acompanhamento do mapa de cirurgias e programação de internações (apartamentos e enfermarias) ou unidades complexas (UTI e SemiUTI);
- Monitoramento das transferências entre unidades (internações de enfermarias e apartamentos para UTI e vice-versa);

- Nas reservas observar as orientações médicas, identificações corretas do paciente, informações pessoais, religião que possam nortear as equipes, informações de contato com familiares e/ou responsáveis;
- Monitoramento de altas: previstas, altas não previstas e altas canceladas.

Você pode observar que a central de reserva é um setor importantíssimo para a dinamização do setor de internações e altas, acoplando qualidade aos serviços prestados aos clientes/pacientes do setor de saúde.

2.2 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

O balcão de informações da recepção será o primeiro setor o qual o paciente terá acesso. Esse atendimento marcará o cliente, trata-se da porta de entrada. Se a primeira impressão for ruim, provavelmente, esta impressão será levada para os demais serviços que serão prestados por melhor que estes sejam.

Por isso a recepção deve ser um local agradável, confortável e funcional, bem como, hospitaleiro e acolhedor.

Precisamos lembrar-nos da decoração, distribuição dos móveis e a qualidade do atendimento.

FIGURA 23 – MODELO DE UMA RECEPÇÃO HUMANIZADA



FONTE: Disponível em: <<http://hospitaldocoracaoal.com.br/o-hospital/infraestrutura>>. Acesso em: 24 nov. 2015.



O atendimento da recepção precisa ser rápido, efetuado com atenção, norteado pelas premissas da humanização e principalmente resolutivo.

De acordo com Spiller et al. (2006), a espera é uma das causas de insatisfação dos clientes, que agrava a percepção do serviço, antes mesmo dele ser iniciado e por isso, precisamos estar atentos para minimizar a sensação da passagem do tempo.

FIGURA 24 – MODELO DE UMA RECEPÇÃO VOLTADA AO PÚBLICO INFANTIL



FONTE: Disponível em: <<http://www2.serra.es.gov.br/sesa-secretaria-de-saude/2012/07/sergio-vidigal-autoriza-licitacao-para-construcao-do-hospital-materno-infantil>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

Lembre-se de que nem sempre teremos a chance de uma segunda impressão se algo der errado. Assim, Spiller et al. (2006) colocam que um aspecto relevante é permitir que o cliente tivesse acesso sempre que necessários ao responsável, pelo setor que de alguma forma gerou descontentamento. É fundamental que este profissional tenha a postura de saber ouvir. É preciso dar explicações e não justificativas prontas.

Em relação aos funcionários, espera-se que o responsável tenha a mesma postura, ou seja, que saiba ouvir as explicações, antes de aplicar qualquer tipo de penalidade.

Mesmo quando a impressão é favorável, o paciente poderá apontar pequenos detalhes. E isto é fundamental, pois, espera-se sempre oferecer serviços de qualidade e sem falhas sejam elas quais forem, ou mesmo, os motivos por que elas ocorrerão.

[...] Não importa para o cliente as causas que levam a execução fora de sequência na realização de exames, as razões da lentidão de um preparo prévio a um procedimento cirúrgico, ou as circunstâncias que impedem a entrega de um *trocater* para uso em sua videolaparoscopia. (SPILLER et. al., 2006, p. 61).

Essas situações comprometem o atendimento em vários aspectos. Desde a equipe médica até o serviço de hotelaria, pois, acarreta em uma sequência de erros que vão se acumulando durante o processo de internação, visto que, o pequeno atraso em uma das etapas faz com que todas as demais fiquem prejudicadas (SPILLER et al., 2006).

2.3 A INFORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Atualmente, os sistemas de informatização estão disponíveis para que as empresas, independente de sua área de atuação, possam utilizá-los para melhorar sua competitividade. Taraboulsi (2009) destaca como vantagens:

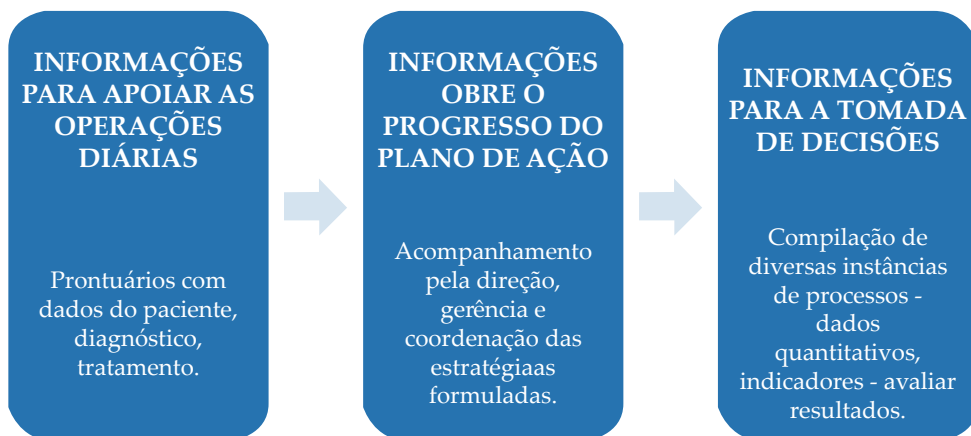
- Informação em tempo real;
- Subsídios para a tomada de decisão;
- Divulgação de serviços e produtos pela internet;
- Melhoria do processo de compras (cotações, leilões etc.);
- Atendimento assistência ágil (laudos de exames em tempo real, imagens para diagnósticos);
- Mensuração e monitoramento de resultados;
- Estatísticas e relatórios etc.



Sistema de informação é todo sistema existente e usado, capaz de prover uma determinada estrutura de informações, incluindo seu devido processamento. É constituído de vários elementos inter-relacionados que coletam (entrada), manipulam, armazenam (processo), difundem (saída) os dados e informações, constituindo dessa forma um mecanismo de feedback (TARABOULSI, 2009, p. 168).

Burmester (2012) destaca que as informações nas organizações de saúde podem ser classificadas em três grandes grupos conforme podemos observar na figura a seguir.

FIGURA 25 – CLASSIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES



FONTE: Elaborado a partir de Burmester (2012)



Nesta nova concepção de globalização, os sistemas de informação são instrumentos imprescindíveis para as instituições de saúde, pois, além de oferecerem agilidade no processo de atendimento, favorecem o armazenamento de informações ao longo dos anos como, por exemplo, os prontuários eletrônicos.

Através dos sistemas de informações é possível se registrar todas as informações sobre o processo de internação do paciente. Neste sistema são registrados todos os atendimentos profissionais que o paciente recebeu, bem como, as medicações que utilizou os exames aos quais foi submetido e atualmente, se registra até o nome das visitas que tiveram acesso ao paciente.

Na hotelaria hospitalar os sistemas de informações são importantes para o gerenciamento de várias áreas, como governança e alimentos e bebidas. Vamos ver como estes setores são auxiliados pelo sistema? Vamos lá!

De acordo com Taraboulsi (2009), os sistemas de informações apresentam as seguintes facilidades, por exemplo, para os processos ligados ao setor de governança:

- Bloqueio e desbloqueio de leitos;
- Alteração de *status* dos leitos;
- Registro e controle de achados e perdidos;
- Controle de roupas de enxovais de cama e banho;
- Localização de colaboradores da limpeza;
- Controle das ordens de serviço de manutenção e seu *status*;
- Mensuração da equipe de higienização;
- Escalas de plantões da higienização;
- Controle de acessos no hospital.

Já, na parte no serviço de refeições e dietas, por exemplo, o sistema apresenta facilidades como:

- Geração do mapa de dietas;
- Controle do consumo por paciente;
- Rastreamento de usuários;
- Controle de estoque;
- Integração com prontuário do paciente;
- Elaboração de relatórios;
- Monitoramento de indicadores etc.



Alexandre Furtado do Amaral; André Bittencourt do Valle; André Soares Monat; Eduardo Pereira Marques. **Sistemas de Informações Gerenciais em Organizações de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

3 OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS TÉCNICOS (ENFERMAGEM, MÉDICO, E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR)

A atenção assistencial prestada ao paciente exige a interação de diversas especializações de atenção à saúde. De alguma forma, estas especialidades interagem direta ou indiretamente com a hotelaria hospitalar. Neste item estudaremos como estes serviços interagem entre si e melhoram a qualidade e o momento da hospitalização.

3.1 OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

As equipes assistenciais do paciente durante sua permanência na instituição hospitalar são:

- Equipe multidisciplinar;
- Médicos e equipes médicas;
- Enfermagem.

O hospital por sua natureza complexa contempla uma gama de profissionais na assistência ao paciente. Desde as mais conhecidas pelas pessoas, como o médico e a enfermeira, as demais profissões que formam as equipes multidisciplinares que são: fisioterapia, assistente social, odontologia, psicologia, terapeuta ocupacional e fonoaudiologia (SALU, 2013).

Estes profissionais além de interagirem entre si, também são as pessoas que em algum momento orientarão as equipes da hotelaria hospitalar sobre a necessidade do paciente. Vejamos alguns exemplos:

Caso 1 – O fisioterapeuta poderá solicitar que ao arrumar a cama do paciente, seja colocado um colchão especial tipo piramidal, para evitar que o paciente fique com escaras, pois, sua permanência será prolongada.

Caso 2 – O médico poderá solicitar que as visitas ao paciente X sejam breves, limitando a uma pessoa por dia, mais o acompanhante evitando que ele tenha fortes emoções.

Caso 3 – O paciente do leito X está internado em isolamento, a equipe de limpeza deverá tomar todas as precauções repassadas pelo Serviço de Infecção Hospitalar em relação ao uso de EPIs corretos, bem como, a coleta de resíduos deste quarto.

Observe que nos três casos apresentados, sempre há a interação das equipes com algum profissional ligado à área de hotelaria hospitalar e que todas as informações repassadas pela equipe multidisciplinar, são primordiais para a qualidade do serviço prestado ao paciente e/ou cliente de saúde.

Além disso, o médico, por exemplo, é de fundamental importância no momento de *Check-out* (alta), pois influencia nas programações das internações do dia e contribui para que essa atividade possa fluir de forma que não haja incidentes.

A priorização da alta médica nas primeiras horas do dia é essencial para o bom atendimento prestado ao paciente internado, e evita transtornos para diversos setores no decorrer do dia. Taraboulsi (2009) apresenta como a alta médica compromete todo o trabalho de uma equipe, e as consequência que isso poderá acarretar:

- Os clientes de saúde e seus familiares ficarão insatisfeitos;
- O setor de nutrição terá que servir duas refeições a mais (uma para o paciente que está saindo atrasado) e outra para o paciente que está entrando com atraso;
- Administração de medicação para alguém que já deveria ter deixado o hospital, criando obstáculos na solicitação e dispensação de medicamentos junto à farmácia;
- Limpeza concorrente (limpeza diária) e terminal (limpeza realizada após a desocupação do quarto) da unidade de internação, gerando acúmulo de trabalho para a governança;
- Internações e disponibilidades de leitos ficarão comprometidas, ocasionando problemas no planejamento das atividades.

3.2 A PSICOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO: SUA CONTRIBUIÇÃO COM A HOTELARIA HOSPITALAR

Veremos na unidade 3 que a humanização do ambiente hospitalar ajuda muito na recuperação do paciente. Entretanto, a humanização também está presente nas atividades de hotelaria hospitalar.

Salu (2013) coloca que humanização também é um complemento à questão técnica, porém, não se deve mecanizar o atendimento utilizando-se apenas a tecnologia, tornar humano relacionamento com o paciente e afável o relacionamento com o paciente, minimizar seu desconforto e tratá-lo como cliente.

FIGURA 26 – PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DESENVOLVIDO PELOS DOUTORES DA ALEGRIA



FONTE: Disponível em: <<http://picadeirospe.com.br/?project=doutores-da-alegria>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

No quadro que segue podemos observar alguns aspectos técnicos no foco do atendimento humanizado.

QUADRO 14 – ASPECTOS TÉCNICOS DA ASSISTÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO

TÓPICO	
Reduzir ao máximo o risco.	Estar atento a qualquer coisa que está acontecendo de forma diferente do esperado.
Deparando-se com alguma pessoa.	Identificação, habilitação, alçada para atuar, a par do, adequadamente equipada.
Ausência de insumo.	Plano alternativo, comunicação à autoridade competente para sanar o problema, denunciar má conduta.
Alteração da característica usual da apresentação do insumo.	Aferir embalagem, questionar, denunciar má conduta.
Aferir condições do paciente.	Certificar de que é o paciente, de que é o procedimento indicado e prescrito.
Tratar o paciente com dignidade.	Não expor o paciente ao constrangimento desnecessário. Restringir a dor, a sede, a fome.
Respeitar costumes e crenças.	Ao limite do risco de vida ou sequela.

FONTE: Salu (2013)

E a psicologia está diretamente ligada às ações de humanização dentro das instituições hospitalares.

Por estudar o comportamento do indivíduo na sociedade, a psicologia adaptada ao universo hospitalar busca minimizar o impacto do estresse que o hospital gera com os anseios que o cliente de saúde sente ao iniciar o tratamento. E mais, os psicólogos que se responsabilizam pela humanização na prestação de serviços, assistem também à família do cliente de saúde, principalmente em caso de óbito (BATISTA, 2005, p. 32).

Taraboulsi (2009) apresenta algumas similaridades entre a psicologia hospitalar e a hotelaria hospitalar. Veja estas similaridades no quadro a seguir.

QUADRO 15 – SIMILARIDADES ENTRE PSICOLOGIA E HOTELARIA HOSPITALAR

PSICOLOGIA HOSPITALAR	HOTELARIA HOSPITALAR
Atendimento psicológico humanizado.	Oferece serviços com presteza, alegria, dedicação e respeito. Fatores que geram encantamento e satisfação.
Arte de ouvir	Arte de ouvir, elementos essenciais para encantamento e confiança.
Presença do paciente é involuntária.	Serviços diferenciados para o cliente que se hospeda de forma involuntária.
Trabalha com famílias e acompanhantes.	Interagem com paciente, família, visitante e acompanhante.
Preparação do cliente para o tratamento de saúde.	Amenizam os impactos do ambiente hospitalar.
Fatores anatômicos, físicos e químicos não são suficientes para o tratamento.	Oferece serviços diferenciados no ambiente hospitalar.
Interage com vários setores do hospital.	Interagem com as equipes do hospital e voluntários.

FONTE: Taraboulsi (2009)

A partir dessas similaridades podemos observar que se trata de duas áreas que interagem com os todos os serviços existentes na instituição. E, por isso, sabem perfeitamente quando é necessário um atendimento diferenciado no ambiente hospitalar, pois, percebem as emoções que desabrocham nesse ambiente.

A psicologia hospitalar muitas vezes juntamente com as equipes de hotelaria desenvolvem vários projetos com o objetivo de melhorar a estadia do paciente. Vamos conhecer alguns deles!!!



Programa Sala de Espera Humanizada em Pronto-Socorro Infantil no Hospital São Luiz. Programa Sala de Espera Humanizada em Pronto-Socorro Infantil tem o objetivo de proporcionar um ambiente mais agradável na Sala de Espera do Pronto-Socorro Infantil, estagiários utilizam métodos lúdicos terapêuticos voltados ao contexto hospitalar, voltados à: Hospitalização; Medicação; e à percepção do Adoecer.



Programa: Superfórmula para Combater o Câncer.

Com o objetivo de contribuir para que os pacientes da Oncologia Pediátrica tenham mais motivação para lutar contra o câncer durante o tratamento, o A.C. Camargo Câncer Center, em parceria com a agência JWT Brasil, desenvolveu uma campanha e transformou o departamento na nova Sala da Justiça.

Os recipientes de quimioterapia da Pediatria ganharam uma nova roupagem sendo envoltos por cápsulas baseadas nos uniformes de personagens como Batman, Lanterna Verde, Mulher Maravilha, entre outros. As capas são fáceis de manusear e esterilizar, seguindo todos os padrões hospitalares e a ala da pediatria do hospital também ganhou nova decoração: a sala de brinquedos virou a Sala da Justiça, portas e corredores foram decorados com o tema, e a fachada ganhou uma entrada exclusiva para pequenos heróis.

E para dar ainda mais significado à ação, a JWT, Warner Bros., Vetor Zero e os médicos do hospital trabalham juntos na criação e produção de uma série especial de desenhos animados e gibis, onde os próprios heróis vivem uma história semelhante à da criança com câncer e se recuperam através dessa superfórmula.



Para conhecer outros programas relacionados à Psicologia Hospitalar acesse:
<<http://mundodapsi.com/5-programas-humanizacao/>>.

LEITURA COMPLEMENTAR

A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO HOSPITALAR
PERCEBIDA PELOS CLIENTES DE SAÚDE

Thaise Marques da Silva

INTRODUÇÃO

O mercado atual é marcado pela busca da excelência nos serviços e satisfação total dos clientes. Uma vez que o processo de comunicação está cada vez mais acessível, estes (os clientes) estão cada vez mais bem informados e, conseqüentemente, mais exigentes com relação aos produtos e serviços que adquirem. Concomitantemente ao *boom* de informações, o mercado se tornou cada vez mais competitivo, o que incita as empresas a utilizarem estratégias para (re-) atrair o cliente. Assim, os hospitais, como empresas prestadoras de serviço, têm se adaptado à realidade de mercado, em que a competitividade, aliada às exigências cada vez maiores dos clientes, aumenta a busca pela qualidade. Uma vez que os clientes de saúde não mais buscam apenas tratamento médico, não adianta oferecer um bom serviço médico-hospitalar, simplesmente. Eles anseiam por acolhimento e atendimento individualizado, aliado a uma estrutura física convidativa e confortável. Sendo assim, a hotelaria hospitalar é, segundo Boerger (2005, p. 25) “uma tendência irreversível em qualquer instituição de saúde, pois não se trata de uma opção da empresa, mas de uma exigência do público que frequenta hospitais e que começa a habituar-se aos serviços de hotelaria existente”. Por conseguinte, os hospitais não devem apenas hospedar o doente para tratá-lo, mas acolhê-lo – e aos seus familiares e amigos –, de forma amistosa e humanizada. Assim, sob essa perspectiva, a expressão paciente é substituída por cliente. E é utilizada tanto para quem recebe o tratamento como para os seus acompanhantes e visitantes. Eles são os clientes de saúde. Portanto, em consonância com Taraboulsi (2006, p. 24),

ao reconhecer que a expressão cliente de saúde é a mais adequada dentro do contexto hospitalar e abrange, além da pessoa enferma, os familiares, amigos e visitantes, torna-se mais fácil adotar estratégias e implementar ações, inclusive as de hotelaria, que possam garantir a humanização e a qualidade dos serviços.

Dessa forma, a hotelaria hospitalar surge como um novo modelo de gestão e apesar de seu conceito envolver, em muitos casos, a adaptação da estrutura física, a preocupação maior é com a quebra do paradigma de atendimento impessoal e diminuição do desconforto por estar em um ambiente hospitalar. Levando ainda em consideração que a recepção do hospital é a porta de entrada, formadora da primeira impressão e principalmente, canal de comunicação direto com os clientes de saúde, é condição essencial que este setor do hospital tenha um nível de qualidade exemplar. Logo, um estabelecimento de saúde, centrado

na gestão da hotelaria hospitalar, deve preocupar-se não apenas com a qualidade dos atendimentos médico-hospitalares, mas também com os colaboradores administrativos e, principalmente com a valorização das pessoas e do tratamento humanizado dos clientes de saúde, gerando satisfação, encantamento e fidelização. Neste íterim, a pesquisa se propõe a analisar como está a qualidade no atendimento da recepção de um hospital de Maceió, tendo como norteadores os conceitos estipulados na hotelaria hospitalar, através do grau de satisfação que os clientes de saúde sentem.

[...]

Uma vez que os hospitais estão cada vez mais investindo na hotelaria hospitalar como modelo de gestão “que veio para livrar os hospitais da ‘cara de hospital’ e que traz em sua essência uma proposta de adaptação à nova realidade do mercado, modificando e introduzindo novos processos, serviços e culturas” (TARABOULSI, 2006, p. 22) e reiterando a concepção de Boerger (2005, p. 55) que a recepção deve proporcionar “uma atmosfera agradável em suas dimensões, decoração adequada e profissionais treinados em acolhimento e humanização”, segue-se a análise dos dados. Dessa maneira, com os resultados obtidos, pode-se observar que a maioria dos entrevistados possui o plano de saúde contratado a mais de um ano e, portanto, possuem experiência e certa familiaridade com o atendimento prestado pela recepção do hospital no qual estão vinculados. No que concerne à estrutura física da recepção, é importante salientar que a grande parte dos clientes de saúde a considera desconfortável e desorganizada: assentos sem conforto, decoração fria e excessivamente sóbria, proporcionando um ambiente pesado e clima hostil, foram as principais queixas relatadas. No entanto, apesar do conceito de hotelaria hospitalar envolver, em muitos casos, a adaptação da estrutura física, a preocupação maior é com a quebra do paradigma de atendimento impessoal e a diminuição do desconforto por estar em um ambiente hospitalar. Dessa forma, a característica predominante refere-se ao serviço prestado e forma de atendimento. Assim, no que se refere à qualidade no atendimento prestado pela recepção, ela é essencial para a qualidade do hospital como um todo. É o primeiro e o último contato do hospital e canal de comunicação direto com os clientes de saúde. “O cliente é recebido pela recepção, mantém-se permanentemente em contato com ela durante a sua estada e, ao partir, é a recepção que lhe presta os últimos serviços” (CASTELLI, 2003, p. 163). Nesse ponto, a opinião dos usuários foi unânime: ele não satisfaz às necessidades e expectativas dos usuários. Ademais, eles não se sentem acolhidos e bem recebidos, ferindo os princípios de hospitalidade inseridos na hotelaria hospitalar. Ressalva-se ainda que o atendimento prestado na recepção emergencial possui muitas similitudes com as recepções dos demais setores. Os clientes consideram a qualidade do atendimento prestado como insatisfatório, variando apenas o grau de insatisfação. A parcela mais expressiva, no entanto, considera o atendimento muito ruim. Outro fator a considerar se refere à velocidade no atendimento prestado pela recepção. Nessa questão, a opinião dos

usuários foi unânime: o atendimento é demasiadamente lento, tendo o paciente que esperar um tempo considerável antes de ter a sua solicitação ouvida. Dentre as reclamações relacionadas à demora no atendimento, foram mencionadas com ênfase o processo de triagem e a classificação de prioridade executados pelos recepcionistas. A forma de tratamento prestado pelos recepcionistas também foi considerada na avaliação. Sendo a humanização uma concepção essencial para o conceito de qualidade baseado na hotelaria hospitalar e, sabido também que o paciente fica mais motivado ao tratamento quando “a solidariedade apresenta-se estampada nos semblantes de todos os envolvidos em seu tratamento” (TARABOULSI, 2006, p. 48).

FONTE: Texto extraído de: <<http://prop.ipto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/4294/2682>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico você estudou sobre:

- A hotelaria e os demais departamentos.
- Implantação de serviços para recepção dos clientes.
- Operacionalização da hotelaria hospitalar com os serviços técnicos.

AUTOATIVIDADE



- 1 Agora que você, futuro gestor, já estudou sobre a implantação da hotelaria hospitalar, e verificou que a implantação deste setor ainda é um desafio, descreva alguns serviços mínimos que você considera mais importantes nesta área.

ARQUITETURA HOSPITALAR E AS NOVAS TENDÊNCIAS

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade você será capaz de:

- conhecer a influência da arquitetura hospitalar nos serviços de saúde;
- compreender como o Plano Diretor Hospitalar pode contribuir com o planejamento a longo prazo dos hospitais;
- identificar os fatores de ambiência que contribuem para o tratamento humanizado do paciente;
- reconhecer a importância dos fluxos nos projetos dos hospitais;
- compreender a legislação aplicada à arquitetura hospitalar.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. Ao final de cada um deles você encontrará atividades que o auxiliarão a fixar os conhecimentos estudados.

TÓPICO 1 - ARQUITETURA HOSPITALAR

TÓPICO 2 - FUNCIONAMENTO FÍSICO DO HOSPITAL

TÓPICO 3 - NOVAS TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA HOSPITALAR

ARQUITETURA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a arquitetura hospitalar vem sendo muito discutida no âmbito das instituições hospitalares, pois os projetos arquitetônicos não são mais apenas importantes para a parte técnica estrutural, mas passaram a ter uma nova funcionalidade, a partir do momento em que se verificou uma influência no bem-estar do paciente, tornando os ambientes hospitalares mais acolhedores.

Para você, futuro(a) gestor(a) hospitalar, conhecer os aspectos arquitetônicos dos hospitais é de fundamental importância para a definição de fluxos das atividades. Além disso, seu conhecimento sobre a dinâmica hospitalar contribuirá para que a estrutura física do hospital atenda à legislação em vigor dos órgãos fiscalizadores, bem como servirá de subsídios para que os arquitetos possam desenvolver projetos que atendam à sua demanda.

Embora se pense que todo hospital é igual, digo que cada hospital é único. Mesmo que faça parte de uma rede de instituições que seguem padrões de construções, utilizem os mesmos materiais, podemos afirmar que cada um deles tem uma especificidade, pois atende e trabalha com pessoas 24 horas por dia e 365 dias por ano, e só isso já faz uma grande diferença.

2 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A ARQUITETURA HOSPITALAR

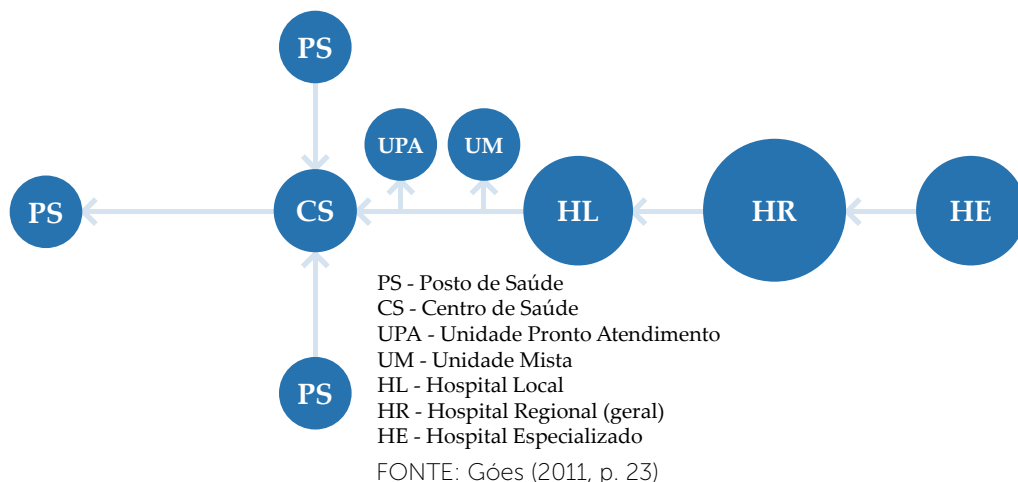
Nesta unidade vamos estudar sobre a arquitetura hospitalar. Mas, antes de iniciarmos os estudos, vamos relembrar alguns conceitos que você estudou em outras disciplinas.

Mas inicialmente, o que é arquitetura hospitalar?

A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura do mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em função e em seus efeitos. Esta é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII (FOUCAULT, 1979, p. 109).

Você deve se recordar que a rede de atendimento de saúde no Brasil é formada por diversos tipos de estabelecimentos, que são classificados de acordo com os níveis de atenção.

FIGURA 27 - REDE DE SAÚDE NO BRASIL - ESTRUTURA FÍSICA HIERARQUIZADA E INTEGRADA



A Resolução nº 03, de 25/03/81, do Ministério da Saúde divide unidades de atendimento em três categorias:

Primária: caracterizada por ações ambulatoriais de promoção, proteção e recuperação.

Secundária: compreende as atividades de apoio ao nível primário e desenvolve ações de especialidades em quatro áreas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica.

Terciária: nível onde são tratados casos mais complexos do sistema, atenções de urgência e emergência e internação.

Lembrando que o nível terciário compreende os **hospitais locais, hospitais regionais ou de referência** e os **hospitais especializados**.

Hospitais locais: são considerados hospitais locais aqueles estabelecidos em municípios cuja população é de até 50 mil habitantes. Geralmente as unidades de internação são destinadas às quatro especialidades básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica. Sua estrutura deve comportar, além das unidades de internação, laboratório de análises clínicas e unidade radiológica (GÓES, 2011).

Hospitais regionais ou de referência: os atendimentos abrangem uma região, formada por vários municípios, cuja população fica em torno de 50 mil e 100 mil habitantes. Os estabelecimentos desta classificação prestam assistência de urgência e emergência, clínica básica e especialidades nos quais são referenciados (GOÉS, 2011).

Hospitais especializados: caracterizam os hospitais com mais de 100 leitos, do tipo hospital geral. De acordo com Góes (2011), os hospitais especializados tornam-se gerais.



Para você se aprofundar sobre a classificação de hospitais gerais e especializados, sugiro a leitura das legislações:

- Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2011 (Lei Antimanicomial)
- RDC 283, de 23 de setembro de 2005.

2.1 EVOLUÇÕES DA ARQUITETURA HOSPITALAR NO MUNDO

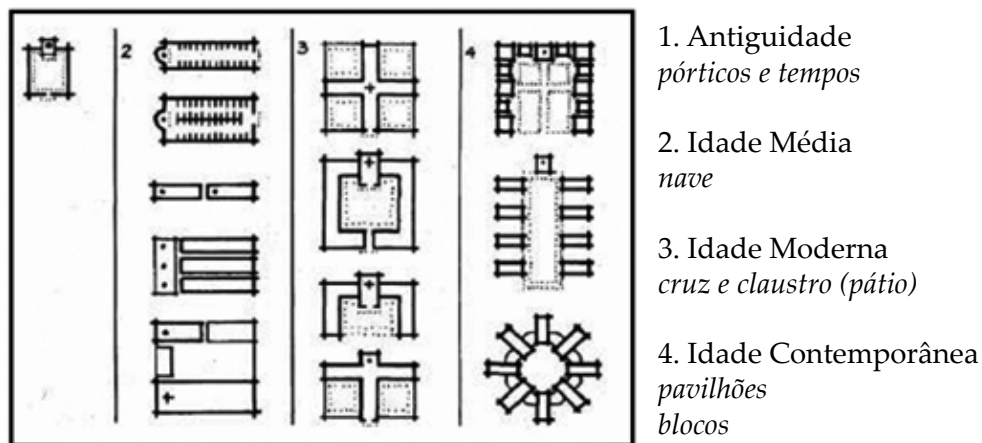
A evolução da arquitetura hospitalar propriamente dita está totalmente integrada ao surgimento dos hospitais no mundo. O estudo da arquitetura dos estabelecimentos de saúde não pode ser desvinculado das práticas médicas da época. Por isso é que se diz que a história da arquitetura de edifícios para a saúde confunde-se com a evolução do conceito de hospital (CARVALHO, 2015).

Inicialmente, na Idade Média, as construções dos hospitais eram marcadas pela forma arquitetônica de **sistema de basílica ou capela**, visto que as ações médicas eram realizadas pela caridade religiosa (CARVALHO, 2015; GÓES, 2011). “A doença era uma chaga social que deveria ser retirada da visão dos normais” (CARVALHO, 2015, p. 16). O sistema de internação era aberto, tipo alojamento.

Posteriormente, foram se instalando, no final na Idade Média, **sistemas hospitalares radiantes**, que já buscavam realizar a separação por certas tipologias de doenças (CARVALHO, 2015). O sistema continuava aberto, apenas oferecia economia da mão de obra, visto que o modelo melhorava a questão de vigilância.

O **sistema hospitalar em pavilhão** foi resultado de um longo processo evolutivo. Com o advento da Revolução Industrial, as queimas de carvão das fábricas produziam um vapor tóxico que começou a poluir o ar. Este vapor tóxico foi visto por muitos como a causa de várias doenças, principalmente as respiratórias. A partir disso, começou-se a pensar em hospitais pavilhões que permitiam que as unidades de internações fossem divididas por tipo de doença e sexo, em ambientes abertos de fácil ventilação, porém, ainda permaneciam o caráter de vigilância e a exclusão da sociedade. (CARVALHO, 2015).

FIGURA 28 - EVOLUÇÃO DA FORMA DOS EDIFÍCIOS HOSPITALARES



FONTE: Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16131/tde-23102006-175537/pt-br.php>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

Florence Nightingale foi uma enfermeira inglesa que publicou em 1859 as “*Notes on hospitals*”, obra em que estabelece padrões mínimos para um bom edifício hospitalar. Ela indicava o *Hospital Lariboisière* como exemplo e responsabilizava a falta de iluminação e ventilação, e principalmente a superlotação e área mínima por leito, como as causas dos maiores problemas hospitalares.

FIGURA 29 - LARIBOISIÈRE HOSPITAL



FONTE: Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Lariboisi%C3%A8re_Hospital>. Acesso em: 12 dez. 2015.

2.2 SURGIMENTO DA ARQUITETURA HOSPITALAR NO BRASIL

O Hospital de Jesus Nazareno foi o primeiro hospital na América, construído em 1524, no México. Já em 1538, em Lima, foi construído o primeiro da América do Sul, e em 1543, Brás Cubas constrói a primeira Casa de Misericórdia, a Santa Cruz de Misericórdia de Santos (LIMA, 2010).

Esse tipo de hospital, as Santas Casas da Misericórdia, em pouco tempo se espalharam pelas províncias. Depois da de Santos, tivemos a de Vitória, de Ilhéus, de Salvador, do Rio de Janeiro e, em 1730, a de Ouro Preto. Em 1884 foi projetada, pelo engenheiro Luís Pucci, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de partido pavilhonar, inspirada no modelo francês do Hospital Lariboisière (LIMA, 2010).

No Brasil, as primeiras construções mais marcantes foram: Santa Casa de Misericórdia de Santos, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, a Faculdade de Medicina de São Paulo (GÓES, 2011).

FIGURA 30 - FACHADA DO PRÉDIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO, NO PLANALTO DO ARAÇÁ



FONTE: Disponível em: <<http://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,como-era-sao-paulo-sem-a-cidade-universitaria,9115,0.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

De acordo com Toledo (2006), o Brasil foi o segundo país da América do Sul a construir uma edificação exclusiva destinada a receber enfermos. As Santas Casas de Misericórdia já tinham se difundido em Portugal e posteriormente em suas colônias, formando o primeiro sistema hospitalar.



As Santas Casas nasceram junto com o Brasil

O irmão Joaquim Francisco do Livramento chegou à Vila de Porto Alegre, na segunda metade do século XVII, depois de haver percorrido as Capitânicas do Brasil Colônia pregando a caridade e fundando instituições. Em 1776, constata que a vila habitada por 1.500 pessoas libertas não possuía uma casa onde os doentes e pobres pudessem sarar suas enfermidades. Como cabia ao Rei de Portugal autorizar a instalação de hospitais da Santa Casa em suas colônias, o religioso compareceu a uma sessão da Câmara Municipal e propôs a criação de um hospital em Porto Alegre. Na sessão do dia 3 de abril de 1802 foi redigido o atestado dirigido ao Príncipe Regente Dom João VI, solicitando a licença para a construção e mencionando que as custas seriam do próprio povo, mediante recolhimento de “esmolas”. No dia 14 de maio de 1803 foi expedido o Aviso Real, dirigido ao governador Paulo José da Silva Gama, com a resposta favorável da Corte. A Câmara reuniu-se no dia 19 de outubro de 1803, data que passou a ser a da fundação oficial da Santa Casa de Porto Alegre.

As duas primeiras enfermarias da Santa Casa de Porto Alegre demoraram mais de 20 anos para serem concluídas, sendo finalmente inauguradas no dia 1º de janeiro de 1826. A mesa administrativa da instituição é mantida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, formada por irmãos leigos, pessoas de elevado nível econômico e cultural com projeção social, e religiosos que têm papel importante no atendimento espiritual aos doentes. No primeiro ano de funcionamento são encontrados três funcionários: o enfermeiro Joaquim José Cardoso e os auxiliares Bernardo José de Abreu e Maria Joaquina Vazconcellos, e atuam como médicos o cirurgião-mor Ignácio Joaquim de Paiva e o Visconde de São Leopoldo. As obras do Hospital de Caridade da Santa Casa de Porto Alegre são concluídas em 1844.

AS DEZ PRIMEIRAS

- 1539 - Santa Casa de Misericórdia de Olinda (PE)
- 1543 - Santa Casa de Misericórdia de Santos (SP)
- 1549 - Santa Casa de Misericórdia de Salvador (BA)
- 1582 - Santa Casa do Rio de Janeiro (RJ)
- 1551 - Santa Casa de Vitória (ES)
- 1599 - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SP)
- 1602 - Santa Casa de Misericórdia de João Pessoa (PB)
- 1619 - Santa Casa de Misericórdia de Belém (PA)
- 1657 - Santa Casa de Misericórdia de São Luís (MA)
- 1792 - Santa Casa de Misericórdia de Campos (RJ)

FONTE: Texto extraído de: <<http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>>.

Acesso em: 1 dez. 2015.

FIGURA 31 - IMAGEM DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO



FONTE: Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Irmandade_da_Santa_Casa_de_Miseric%C3%B3rdia_de_S%C3%A3o_Paulo#/media/File:Sede_Institucional_da_Irmandade_da_Santa_Casa_de_Miseric%C3%B3rdia_de_S%C3%A3o_Paulo_-_Hospital_Central.png>. Acesso em: 12 dez. 2015.

Carlos de Lima Cavalcanti, governador de Pernambuco, um dos líderes, no Nordeste brasileiro, da Revolução de 1930, trouxe do Rio de Janeiro um jovem arquiteto mineiro para desenvolver a reestruturação de prédios públicos.

Na área da saúde foram construídos postos, usina de pasteurização de leite, abatedouros de animais, o Leprosário de Mirueira, a Colônia Agrícola de Barreiros, para doentes mentais crônicos, o pavilhão de óbitos da faculdade de medicina [...] e o hospital da Brigada Militar, todos em 1934 e 1936. O Hospital da Brigada Militar insere-se também no programa de reconstrução da força pública [...]. (GÓES, 2011, p. 30).

O quadro a seguir apresenta algumas ações pioneiras que marcaram a história da arquitetura hospitalar no Brasil.

QUADRO 16 - AÇÕES PIONEIRAS QUE MARCARAM A HISTÓRIA DA ARQUITETURA HOSPITALAR NO BRASIL

ANO	AÇÕES
1942	Jorge Moreira (RJ) projeta o hospital da Universidade do Brasil.
1943	O médico Januário Cicco constrói o Hospital Geral de Natal, hoje Maternidade Escola da UFRN, com o nome do seu criador. Em função da Segunda Guerra Mundial, antes de funcionar como unidade de saúde, foi requisitada para ser o QG das tropas aliadas sediadas em Natal.
1945	Rino Levi introduz mudança nos berçários, não separando as lactantes por puérpera. Os demais ficam com as mães.
1950	Odair Cardoso ministra o curso de Administração Hospitalar na USP.
1954	Rino Levi projeta o Hospital Israelita Albert Einstein.
1959	Oscar Niemeyer e Germano Galler projetam o Hospital de Base de Brasília.
1994	Fundação da Associação Brasileira para o Desenvolvimento de edifícios hospitalares.

FONTE: elaborado a partir de Góes (2011)

2.3 LEGISLAÇÃO APLICADA ÀS CONSTRUÇÕES HOSPITALARES

No Brasil, as normas e diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde inicialmente estavam sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social, e posteriormente esta responsabilidade foi transferida para o Ministério da Saúde, sob a coordenação da Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA.



O QUE É A ANVISA?

Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira.

A Agência tem como campo de atuação não um setor específico da economia, mas todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Sua competência abrange tanto a regulação sanitária quanto a regulação econômica do mercado.

Além da atribuição regulatória, também é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de forma integrada com outros órgãos públicos relacionados direta ou indiretamente ao setor saúde. Na estrutura da administração pública federal, a Anvisa encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde e integra o Sistema Único de Saúde (SUS), absorvendo seus princípios e diretrizes.

FONTE: Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/agencia!/ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwMDMydnA093Uz8z00B_A3cPQ6B8JE55A38jYnQb4ACOBgR0e-IHZSbl6pUn5-oZ6JmaGhoYWlgaGpoYm5pamu mHg7yC32kgeTyW-3nk56bqF-SGRIQGB6QDAESGAal!/?1dmy&urile=wcm%3apath%3a/anvisa+portal/anvisa/agencia/publicacao+agencia/a+agencia>.

Acesso em: 2 dez. 2015.

O processo de urbanização brasileira e consequente demanda por serviços essenciais, na área da saúde, fez com que o Ministério da Saúde reorganizasse as normas para edificações hospitalares no Brasil. Sendo assim, diversas normas foram criadas, de forma a orientar os gestores dos estabelecimentos de saúde para adequação de suas estruturas físicas a estas normativas.

O quadro a seguir apresenta as principais legislações criadas no âmbito da ANVISA para a melhoria deste processo.

QUADRO 17 - PRINCIPAIS NORMAS VOLTADAS À ARQUITETURA HOSPITALAR

Leis	Portarias
Lei nº 6.229, de 17/07/1975	Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde e confere ao Ministério da Saúde normas e padrões para prédios e instalações do serviço de saúde.
Decreto nº 76.973, de 31/12/1973	Dispõe sobre as normas e padrões para prédios destinados aos serviços de saúde, credenciação e contratos com os mesmos e dá outras providências.
Portaria nº 1.884/GM, de 11/11/1994	Normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
RDC nº 50, de 21/02/2002	Dispõe sobre o regulamento para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde.
RDC nº 307, de 14/11/2002	Retifica a RDC nº 50 e faz algumas alterações na regulamentação técnica.
RDC nº 51, de 06/10/2011	Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional da Vigilância Sanitária, altera o regulamento técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21/02/2002, e dá outras providências.

FONTE: A autora

Algumas portarias que foram criadas pela ANVISA serviram de marco condutor para o processo de evolução das legislações. Por exemplo, com a aprovação da Portaria nº 1.884, as secretarias municipais e estaduais de Saúde passaram a ter um instrumento de apoio na elaboração de projetos arquitetônicos, tanto para a construção, reforma e/ou obras de ampliação para os estabelecimentos assistenciais de saúde (GÓES, 2011).

A Portaria nº 1.884 foi concebida em três partes, de forma interligada: a organização geral do sistema de atenção à saúde; definição do programa de serviços a serem prestados por estabelecimentos que compõem o sistema e relação dos espaços necessários ao desenvolvimento desses serviços.

Projeto de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, apresentando metodologia para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde;

Programação Funcional dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, apresentando ampla análise das variáveis de programação dos estabelecimentos assistenciais de saúde, sua organização funcional e o dimensionamento e quantificação dos ambientes que pertencem ao EAS; e

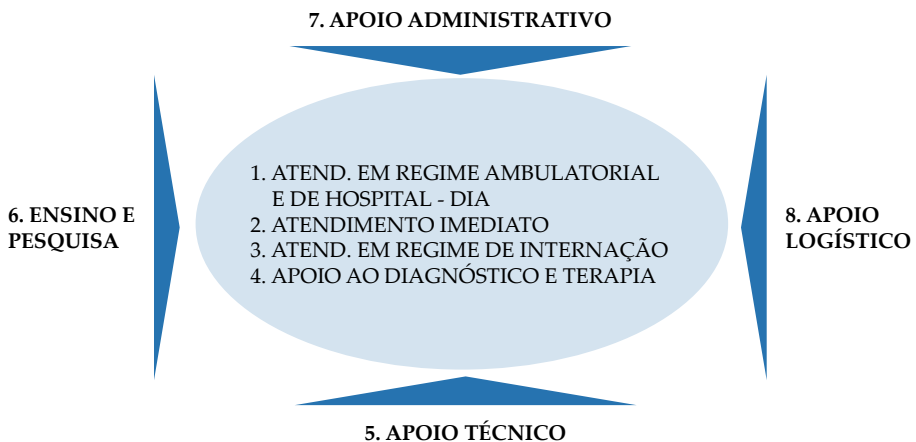
Crítérios para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, apresentando as variáveis que orientam e regulam as decisões a serem tomadas nas diversas etapas de projeto. São eles: circulações internas e externas, conforto ambiental, controle de infecção hospitalar, instalações ordinárias e especiais e segurança contra incêndio (BRASIL, 1994, p. 6).

Assim como a Portaria nº 1.884, a RDC nº 50 também foi elaborada em três partes, porém, com algumas alterações pontuais (BRASIL, 2002).

Parte 1 – Projeto de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: apresenta as normas para elaboração dos projetos físicos, envolvendo: etapas do projeto, responsabilidades, apresentação de desenhos e documentos, tipos e siglas adotadas e avaliação de projetos.

Parte 2 - Programação Físico-Funcional dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: determina as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas. Compreende: a organização físico-funcional e subdivide de acordo com as suas atribuições (Figura 32) - (1) Prestação de atendimento em regime ambulatorial e hospital-dia; (2) Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde; (3) Prestação de atendimento em regime de internação; (4) Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia; (5) Prestação de serviços de apoio técnico; (6) Formação e desenvolvimento de recursos humanos em pesquisa; (7) Prestação de serviços de apoio à gestão administrativa; (8) Prestação de serviço de apoio logístico.

FIGURA 32 - ATRIBUIÇÕES DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE



FONTE: Brasil (2002)

Além disso, são apresentados os critérios para dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes da programação físico-funcional dos estabelecimentos de saúde.

Parte 3 - Critérios para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: São apresentadas variáveis que orientam e regulam as decisões a serem tomadas nas diversas etapas de desenvolvimento de projeto, compreendendo: circulações externas e internas; condições ambientais de conforto; condições ambientais de controle de infecção hospitalar; instalações prediais ordinárias e especiais; e condições de segurança contra incêndio.

Observar e acompanhar as legislações ao se pensar qualquer tipo de modificação, pois, como enfatiza Weidle (1995), o edifício hospitalar é um organismo que passa sempre por processos de reestruturação, tanto pela necessidade de adaptação a novas tecnologias, como também pela alteração da função de determinados espaços, mas também a necessidade de expansão.



Sugiro a leitura da RDC-50 da ANVISA, que apresenta uma série de especificidades importantes para se pensar a estrutura hospitalar.



Modernização e Revitalização dos Recursos Físicos
Manual do Administrador
Autor: Arqt. Heitor Madrigano

LEITURA COMPLEMENTAR**ARQUITETURA HOSPITALAR: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO
E NOVAS VISÕES**

Elsa Maria Alves Costeira

Nas últimas décadas surgiram novos conceitos para o desenho de hospitais que procuram trazer para os seus espaços os valores que os pacientes encontram em suas casas, ou seja: os projetos arquitetônicos devem incorporar ao edifício a visão do paciente e suas representações cotidianas. Esses conceitos propõem também a integração dos ambientes de saúde com o espaço exterior e incorporam nos setores de diagnóstico e tratamento uma série de premissas que são consideradas como promotoras da cura. As pesquisas atuais sobre tempo de permanência e a qualidade da atenção destinada aos clientes apontam para a ênfase da humanização destes ambientes, no sentido de amenizar o sofrimento e a angústia durante a internação, agregando práticas de convivência familiar e de personalização aos espaços, envolvendo equipes de profissionais e de familiares nas terapias desenvolvidas para atingir a desejada cura.

No entanto, temos que retroceder no tempo para que possamos entender como a importância da arquitetura de ambientes de saúde e desse profissional - o arquiteto hospitalar - foram sendo estabelecidos, tornando-se cada vez mais fundamentais para a implantação dos novos centros de excelência em atenção à saúde que surgem no nosso país.

Podemos dizer que o aspecto do hospital contemporâneo se formatou entre os séculos XVII e XVIII, na Europa. O evento citado como determinante para a mudança da velha estrutura hospitalar, com instalações insalubres, abrigando centenas de enfermos agrupados, foi o grande incêndio do Hotel-Dieu, em Paris, em 1772. Como esta era uma instituição que acolhia muitos pacientes, era urgente a sua reconstrução ou a sua substituição. Foi estabelecida uma comissão para avaliar projetos arquitetônicos adequados ao caso, realizando estudos e pesquisas para encontrar uma solução definitiva para o hospital. Esta comissão era composta por nove membros e foi nomeada pela Academia Real de Ciências, a partir dos esforços do Barão de Breteuil, da Casa Real de Luís XVI. Nesta ocasião teve destaque o conjunto de trabalhos do médico Tenon, que analisou diversos hospitais, não só com o intuito de descrever a obra arquitetônica, mas também com um olhar crítico, funcionalista. Ele publicou, em 1788, cinco relatórios reunidos em uma obra de nome “Memoires sur les hôpitaux de Paris”.

Com o “projeto” Tenon, triunfa a organização pavilhonar, horizontal, do espaço hospitalar. Com a adoção desta forma, que permitia a ventilação cruzada e uma excelente iluminação natural, Tenon acreditava ter resolvido o que era considerado o maior produtor da insalubridade nos hospitais: a estagnação do ar e a umidade. Ele efetuou também toda uma série de estudos volumétricos para estabelecer a relação entre as dimensões de cada pavilhão de enfermos e o número de leitos das enfermarias, como meio de assegurar o volume mínimo ideal de ar renovado para cada paciente. Tenon estudou também o número ideal de pavimentos para cada pavilhão, estabelecendo em três o número ideal de pavimentos.

Os elementos de importância tecnológica na consolidação deste perfil, no século XIX, foram o desenvolvimento da anestesia, as práticas de assepsia e a disseminação da profissão de enfermeira, laica, neste caso. Durante todo o século XIX surgiu, também, a preocupação com a ventilação e a iluminação naturais nos projetos dos edifícios de saúde, a partir da chamada “teoria dos miasmas”, onde a propagação de doenças era atribuída à emanação de eflúvios originários de matéria em decomposição.

A descoberta da transmissão de germes, em 1860, revoluciona a concepção dos projetos hospitalares, isolando as patologias e os doentes em pavilhões específicos. Os trabalhos de Louis Pasteur demonstram a necessidade de combater o contágio e a transmissão de doenças, com a separação de pacientes e a esterilização de utensílios médicos. Estes princípios de isolamento das patologias acarretam uma verdadeira revolução nos projetos de unidades de saúde. A disposição e a composição da arquitetura em pavilhões múltiplos facilitam o desenvolvimento das construções e a integração com o seu espaço de instalação, possibilitando a criação de hospitais do tamanho de quarteirões, e de implantações assemelhadas a pequenas cidades-jardim.

Nesta época a cirurgia se incorporou definitivamente às instituições hospitalares e, ao lado do surgimento da medicina científica, do modelo pavilhonar e da divisão de funções específicas para os ambientes da assistência à saúde, podemos dizer que o perfil hospital contemporâneo se estabeleceu.

Podemos destacar, ainda, os estudos de Florence Nightingale, que, a partir da sua experiência na Guerra da Crimeia (1853-1856), assentou bases para a construção de enfermarias com conceitos de ventilação e de distribuição de pacientes, de iluminação e higiene, que são adotadas até hoje por algumas instituições. O estudo da conformação física das enfermarias, chamadas de enfermarias “Nightingale”, estabeleceu um novo modelo de espaço para a internação de enfermos, com os exemplos mais marcantes de hospitais concebidos com esta característica. Publicou *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army* (1858- Notas

sobre a saúde, a eficiência e a administração hospitalar no exército britânico). As enfermarias “Nightingale” serviram de modelo para a implantação de hospitais durante muitos anos, sendo uma referência até às primeiras décadas do século XX, e permanecem sendo usadas, até os dias de hoje, para algumas concepções e desenhos de estruturas com implantação térrea.

A partir daí, até o século XX, as instituições hospitalares sofreram grande incorporação de tecnologia em seus espaços, exigindo no seu planejamento uma acuidade cada vez maior, com instalações, infraestrutura predial sofisticada e – a sempre crescente preocupação em setorizar espaços – separar pacientes com diversas patologias e estabelecer um rígido controle de fluxos e circulações para o desenvolvimento das atividades médicas.

A tendência da verticalização de prédios aparece, já a partir da segunda metade do século XIX, com o surgimento dos “arranha-céus”, em Chicago. Na mesma época, observamos o aumento no custo dos terrenos urbanos, a escassez de mão de obra de enfermagem, o anseio de reduzir os percursos existentes nos hospitais pavilhonares e, ainda, a questão da inadequação dos longos corredores de circulação ao clima rigoroso da América do Norte. O aprimoramento de tecnologias da construção civil, como o emprego das estruturas metálicas, é a base para o estabelecimento da nova tipologia na construção de hospitais. O uso de elevadores, circulações otimizadas, o emprego de sistemas de ventilação mecânica e facilidades na implantação de infraestrutura predial determinam o desenvolvimento da verticalidade das construções. Surge o hospital monobloco que, mais tarde, se transforma em estruturas de múltiplos blocos verticais, configurando a tipologia marcante do século XX.

Ao lado dos avanços na tecnologia da construção, assistimos a uma grande mudança no modelo de assistência à saúde e do perfil do paciente abrigado nas instituições hospitalares. Podemos citar a continuidade dos trabalhos do cirurgião Lister (século XIX), posteriormente aprofundados por Ernst von Bergman, que estabeleceu bases para a assepsia de instrumentos, usadas até hoje. O Centro Cirúrgico hospitalar se reveste de importância, enquanto que os hospitais passam a ser destinados majoritariamente a pacientes que não possuíam recursos para o atendimento domiciliar, usado pelos mais abastados desta época.

No período entre as duas grandes guerras, o hospital monobloco era apenas um empilhamento de enfermarias “Nightingale”. A sua anatomia típica destinava o subsolo para os serviços de apoio, o térreo para os consultórios e os serviços de imagem, os primeiros serviços de Raios-X. No primeiro pavimento ficava a administração, nos andares intermediários a internação e, no último pavimento, o então chamado Bloco Operatório.

O modelo de hospital monobloco pode ser visto como um símbolo do triunfo da medicina, pois sua forma enérgica remete aos avanços da pesquisa médica. Esta tipologia modela diversas estruturas hospitalares do século XX e evolui para uma conformação de justaposição de blocos posicionados sobre uma base maior, composta de pavimentos técnicos. O hospital monobloco trabalha a sua estrutura física, com a racionalização das funções de assistência e a setorização de serviços, patologias e complexidade de cuidados, na implantação dos seus pavimentos e prédios. Durante o desenrolar do século XX, os hospitais atingem conformações mistas nas estruturas físicas, com plantas concebidas para a ampliação e a incorporação de novos serviços e usuários, acompanhando o enorme desenvolvimento da ciência médica e o aumento da clientela, agregando populações que, até então, não logravam acesso a estas instituições.

[...]

FONTE: Texto extraído de: <http://www.researchgate.net/publication/272405937_ARQUITETURA_HOSPITALAR_HISTORIA_EVOLUO_E_NOVAS_VISES>. Acesso em: 5 dez. 2015.



RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico você estudou sobre:

- Introdução e processo evolutivo da arquitetura hospitalar.
- Principais legislações aplicadas à arquitetura hospitalar.

AUTOATIVIDADE



Realize uma pesquisa em sua cidade e verifique como ocorreu a evolução da arquitetura hospitalar. Analise se com o passar dos anos as construções evoluíram.

FUNCIONAMENTO FÍSICO DO HOSPITAL

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais brasileiros foram construídos no decorrer das décadas na lógica de atender à necessidade da demanda. A reestruturação dos espaços se dava apenas com a ampliação de mais um espaço físico que era necessário para que mais atendimentos fossem realizados de forma emergencial.

Não havia planejamento por parte da gestão, de onde os hospitais queriam chegar no futuro, bem como as unidades, ou seja, os profissionais da assistência, nem sempre participavam das tomadas de decisão, e os hospitais acabavam sendo projetados sem considerar os fluxos e processos de cada unidade.

Com o avanço da medicina e também da legislação voltada ao estabelecimento de normas para construção, ampliação e reforma de espaços hospitalares, iniciou-se um novo processo de arquitetura hospitalar.

Neste tópico da Unidade 3 vamos estudar como o planejamento e a adoção de plano diretor podem contribuir para facilitar o trabalho das equipes no hospital e também oferecer um serviço de qualidade. Além disso, vamos estudar as principais unidades de um hospital.

Vamos lá!

2 GESTÃO DOS ESPAÇOS FÍSICOS DO HOSPITAL

As estruturas que abrigam hospitais devem ser pensadas de forma que sejam prédios inteligentes, uma vez que seus espaços necessitam, muitas vezes, serem multifuncionais, envolvem toda uma estrutura específica para instalar equipamentos específicos (como, por exemplo, uma casamata – local específico para instalação de aparelho de radioterapia), além de serem projetados para trabalhar interrompidamente como unidades de negócios integradas na assistência e promoção da saúde: prevenção, diagnóstico, tratamento e cura de doenças.

Através da história, percebe-se que a arquitetura, inclusive a hospitalar, é o reflexo de uma série de fatores políticos, sociais e econômicos. Dessa forma, o principal desafio do hospital do futuro é agregar as diretrizes e tendências atuais nessas diferentes áreas à concepção espacial (SOUZA, 2008, p. 108).

Trabalhar a gestão de espaços físicos em hospitais envolve um cenário complexo, devendo viabilizar toda uma estrutura que envolva conhecimento, inovação e tecnologia. Neste sentido, Vasserman (2014) apresenta, na figura a seguir, algumas atividades que influenciam diretamente na gestão dos espaços físicos.

FIGURA 33 - FLUXO ESQUEMÁTICO DO PROCESSO DE GESTÃO

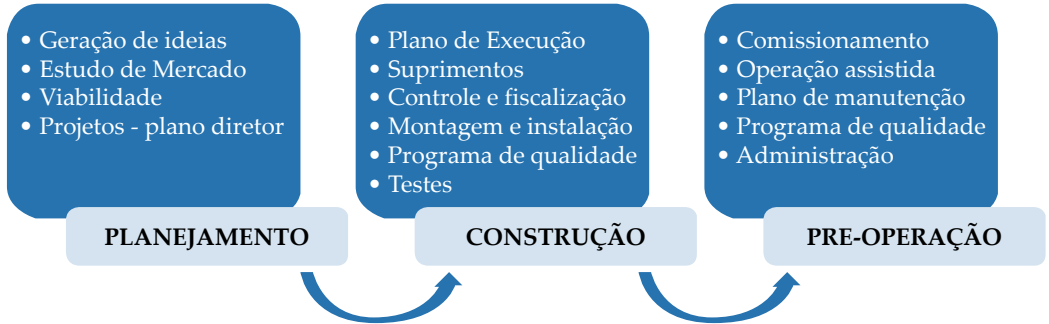


FONTE: Vasserman (2014)

Vasserman (2014) considera que cada um dos espaços do hospital é uma unidade de negócio independente e integrada ao mesmo tempo, que oferta serviços assistenciais com foco na vida e na saúde.

Desta forma, os projetos hospitalares, assim como todo processo de gestão, passam por ciclos que envolvem planejamento, construção (execução) e pré-operação.

FIGURA 34 - ATIVIDADES PRINCIPAIS E ESSENCIAIS DO PROCESSO



FONTE: Vasserman (2014)

Planejamento: compreende a fase de decisões técnicas, baseadas em programas, necessidades e estudos de viabilidade. Podem ser consideradas diversas variáveis durante esta fase, desde o perfil epidemiológico da população atendida, até políticas de inovação tecnológica (MOISES FILHO et al., 2011; VASSERMAN, 2014).

De acordo com Góes (2011), alguns documentos legais devem ser observados:

- NBR 5984 - Norma Geral de Desenho Técnico
- Disposições da ABNT
- Códigos, leis municipais, estaduais e federais.



Fazendo uma analogia, o setor residencial, por exemplo, se destaca pela quantidade de edificações construídas e vem evoluindo muito nos processos de gestão. Na etapa de planejamento há domínio absoluto quanto à padronização de projetos e definição do produto, o que permite rígido controle de custo na fase construtiva total, mantendo desvios muito reduzidos, na comparação do realizado e previsto nos empreendimentos (VASSERMAN, 2014, p. 58).

A falta de planejamento dos espaços físicos trará, na maioria dos casos, os conhecidos “puxadinhos” como consequência das tomadas de decisões provisórias e que acabam se tornando definitivos, colocando em risco a qualidade do atendimento e a segurança das pessoas que laboram e/ou frequentam o lugar.

Construção/execução: neste momento o processo sai da mesa de escritório para levar todas as informações a campo, para a construção dos espaços físicos. Esta etapa exige do gestor um acompanhamento, garantindo que a obra seja entregue rigorosamente dentro dos critérios e padrões de custos estabelecidos.

O gerenciamento da obra reúne um conjunto de atividades de extrema especialização da engenharia, exigida e necessária para qualquer empreendimento [...] visa assegurar que os recursos disponíveis são alocados da maneira mais eficiente e eficaz, permitindo aos gestores perceber “o que está acontecendo” e “para onde vão as coisas” dentro das organizações de qualquer natureza (VASSERMAN, 2014, p. 65).

O **cronograma físico-financeiro** demonstra de forma sintetizada a viabilidade do projeto e servirá de ferramenta de controle da construção. Neste cronograma será possível realizar pequenas adequações que surgirão no decorrer das atividades de execução dos espaços físicos dos edifícios hospitalares (VASSERMAN, 2014).

Nesta fase uma ferramenta se torna fundamental, a qual é chamada de Plano de Ataque. Você já ouviu falar em plano de ataque?



Plano de Ataque tem a função de definir “como se pretende executar a obra e permite a avaliação da capacitação técnica de uma empresa ou dos profissionais para realização dos serviços que exigem experiência e especialização de maneira geral” (VASSERMAN, 2014, p. 67).



Lembre-se de que, no decorrer da obra, é necessário observar a legislação vigente em relação à ANVISA que estabelece os padrões das construções físicas, bem como, as legislações trabalhistas do INSS em relação aos colaboradores que atuam na obra.

Pré-operação: o prazo para a operação assistida é o mais curto das atividades, desde que todas as etapas da obra tenham ocorrido dentro de todas as previsibilidades. Geralmente, nos casos dos hospitais, é de três meses, sendo que algumas ações podem ter início bem antes dessa previsão.

Trata-se de um ciclo que sofre influência de vários fatores, como: licenças, alvarás, contratos, contratação de pessoal, aspectos financeiros, entre outras.

2.1 ORGANIZAÇÃO DAS CIRCULAÇÕES E FLUXOS NOS ESPAÇOS HOSPITALARES

Os espaços de circulação nos edifícios hospitalares são de extrema importância, visto que são espaços destinados ao movimento de pessoas.

Você já imaginou quantas pessoas circulam num hospital diariamente? Podemos afirmar que durante as 24 horas em que o hospital se encontra em atividades circulam pelo edifício hospitalar diferentes usuários - pacientes externos, pacientes internos, visitantes, colaboradores, corpo clínico, voluntários, bem como realizam transporte de suprimentos (remédios, alimentos, equipamentos, materiais), resíduos (lixo), cadáveres, transportes de pacientes entre setores (CARVALHO, 2004).



A palavra circulação faz referência a movimento de um líquido num organismo, ao deslocamento de pessoas ou veículos e à movimentação de mercadorias ou dinheiro (HOUAISS, 2009).

Nos espaços hospitalares as circulações determinam a conformação física, a qual contribui na diminuição dos trajetos entre setores que interagem com frequência (por exemplo, CME e Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico e Maternidade).

Atualmente, com as normas e critérios estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, há a necessidade de se pensar na gestão dos acessos e, desta forma, é necessário imaginar os espaços de circulação que serão destinados a visitantes e pacientes externos, ou seja, os usuários externos, como também os espaços e acessos de funcionários e usuários internos.

As vias de acesso e circulação próximas a unidades de emergência devem ser amplas e livres de congestionamentos, principalmente nas áreas externas de acesso a transportes, como ambulâncias (CARVALHO, 2004).

Assim, Carvalho (2004) apresenta várias opções de circulação:

Hospital de corredor único: sistema de via principal onde desembocam todos os acessos do hospital. Este tipo de sistema geralmente é utilizado em hospitais de pequeno porte. Veja a figura a seguir:

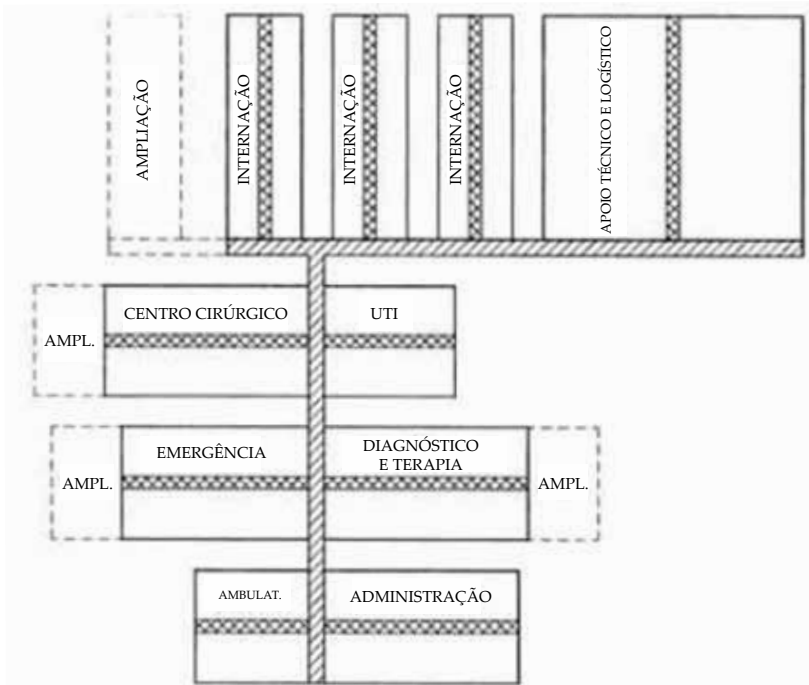
FIGURA 35 - MODELO DO SISTEMA CORREDOR ÚNICO



FONTE: Carvalho (2004, p. 18)

Sistema em T: o sistema em T permite que as distâncias sejam minimizadas em relação ao corredor principal. A partir deste sistema é possível iniciar o sistema de hierarquias, com circulações secundárias ligadas a um corredor principal.

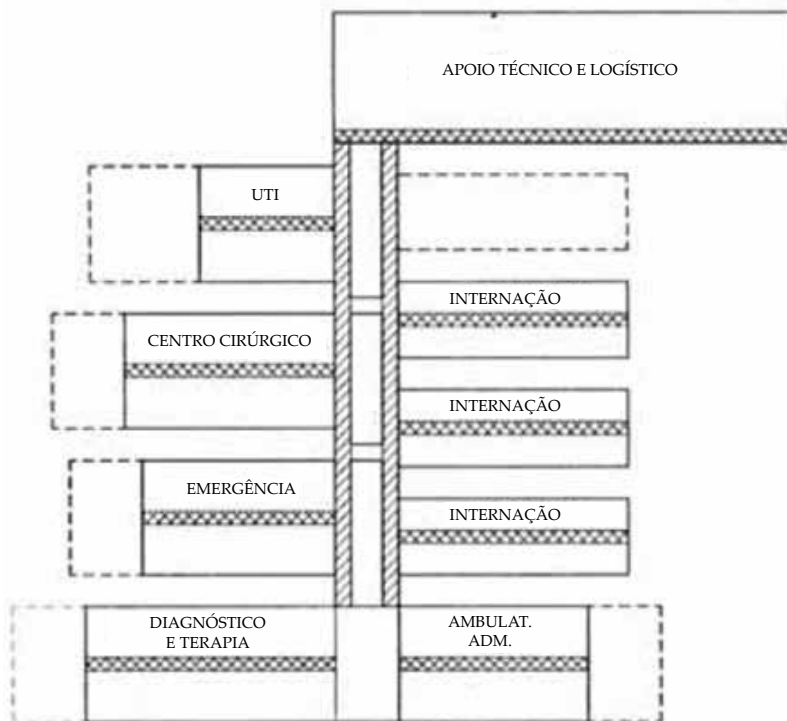
FIGURA 36 - MODELO DO SISTEMA "T"



FONTE: Carvalho (2004, p. 18)

Sistema de corredor duplo: o sistema de corredor duplo permite separar os fluxos de visitas e serviços. Geralmente, este sistema é dotado por hospitais de porte médio ou grande, cujos fluxos necessitam ser mais eficientes.

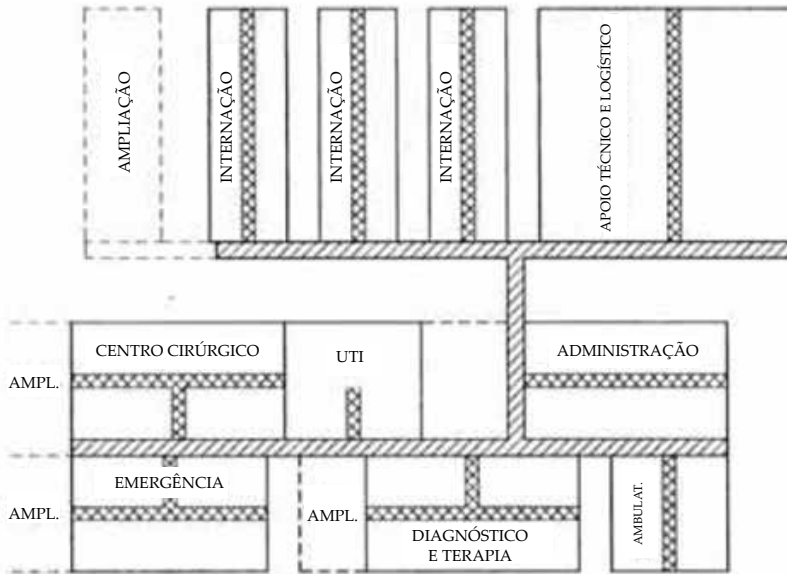
FIGURA 37 - MODELO DO SISTEMA CORREDOR DUPLO



FONTE: Carvalho (2004, p. 18)

Sistemas de circulações secundárias: o sistema de circulações secundárias é utilizado também por hospitais de médio e grande porte. O sistema permite a separação dos fluxos e controle de acessos a setores chamados de “fechados”, ou seja, setores como CME, centro cirúrgico, onde somente têm acesso as equipes de profissionais e pacientes.

FIGURA 38 - MODELO DO SISTEMA DE CIRCULAÇÕES SECUNDÁRIAS



FONTE: Carvalho (2004, p. 20)

Os fluxos são importantes para a gestão de acesso, pois é a partir dessa definição que se consegue identificar a necessidade de implantar barreiras físicas ou outros tipos de controles e procedimentos, contribuindo para o controle dos processos e também para a minimização dos índices de infecção hospitalar.



É muito comum você encontrar instituições hospitalares com custos elevados de manutenção, em função dos fluxos e circulações demandarem distâncias excessivas ou inviabilidade de adaptação (CARVALHO, 2004).

3 PLANO DIRETOR NO PLANEJAMENTO HOSPITALAR

O termo plano diretor surgiu com a Lei Federal nº 10.257/2001, destinado à área de planejamento das cidades e criação do Estatuto das Cidades.



De acordo com a Lei no 10.257/2001,

o **plano diretor** é um instrumento básico para orientar a política de desenvolvimento e de ordenamento da expansão urbana do município, tendo como objetivo orientar as ações do poder público visando compatibilizar os interesses coletivos, garantir de forma mais justa os benefícios da urbanização e os princípios da reforma urbana, direito à cidade e à cidadania, gestão democrática da cidade (BRASIL, 2001 - grifo nosso).

Trata-se de um documento que tem por objetivo orientar e ordenar o crescimento das cidades de forma organizada.

De acordo com Souza (2008), o Plano Diretor Hospitalar (PDH) se insere nesse mesmo conceito, porém, contemplando aspectos físicos, gerenciais e operacionais do edifício hospitalar.

“O PDH trata-se de um instrumento gerencial e organizacional do espaço físico, do uso e ocupação do território, aplicações dos padrões legais, a fim de interagir as ações dos gestores, dos operadores e dos usuários” (GÓES, 2006 apud SOUZA, 2008, p. 121).

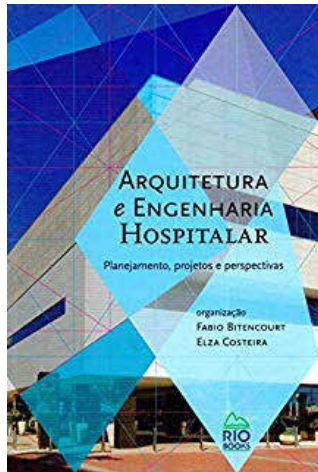
Toledo (2006 apud CARVALHO, 2015, p. 63) estabelece que a elaboração do plano diretor hospitalar se divide em três etapas:

Diagnóstico: determina o perfil da organização que se pretende abrigar, sua viabilidade e localização (apresentação de dados gerais e específicos), perfil da demanda (usuários e equipe de trabalho), recursos e modelo de gestão utilizada. Assim se inicia o processo do reconhecimento do que já existe na instituição.

Planejamento estratégico: definem-se algumas estratégias do que se pretende implantar dentro da escala de prioridades e da disponibilidade de recursos financeiros. Esta fase é acompanhada de diversas planilhas de cronogramas (curto, médio e longo prazo).

Plano diretor: nesta fase envolvem-se diversas áreas para a elaboração do plano diretor propriamente dito. Área administrativa (estudos dos recursos humanos e financeiros), área de infraestrutura (arquitetos, engenheiros e manutenção), engenharia clínica (equipamentos que serão alocados nos espaços) e outras áreas da manutenção (hidrossanitária, elétrica, outros).

De acordo com Carvalho (2015), o **plano diretor** é uma ferramenta muito importante para o planejamento das unidades de saúde, visto que este tipo de edificação envolve altos custos de construção e manutenção e, por isso, não deve ter seu desenvolvimento físico e administrativo vinculado a momentâneas necessidades funcionais.



COSTEIRA, Elza; BITENCOURT, Fabio. *Arquitetura e engenharia hospitalar*. São Paulo: Editora Rio Books, 2015.

4 DEPARTAMENTOS DO HOSPITAL

Os hospitais brasileiros apresentam um panorama extenso de edifícios antigos, construídos há mais de 50 anos, necessitando de reformas urgentes, não do ponto de vista da manutenção da estrutura física, mas também, adequações a novas tecnologias médicas, biossegurança, sustentabilidade e humanização do espaço hospitalar (GÓES, 2011).

Você encontrará diversos setores dentro de um hospital. A variedade de setores depende do porte da instituição. Agora, veremos alguns dos principais setores hospitalares.

4.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é obrigatória em unidades hospitalares com capacidade igual ou superior a 100 leitos. O objetivo da UTI é de prestar atendimento a pacientes graves e de risco que demandam assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além de estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados.

As UTIs, de acordo com Góes (2011), podem ser:

- **Unidade de Tratamento Intensivo:** destinada ao atendimento de pacientes graves e com risco de vida.
- **Unidade de tratamento semi-intensivo:** destinado a pacientes oriundos da UTI que requerem cuidados de enfermagem intensivos e com acompanhamento médico linear.
- **Unidade de tratamento intensivo móvel:** transportes destinados a garantir o suporte avançado de vida, durante o atendimento de emergência pré-hospitalar e no transporte inter-hospitalar.

Ainda podem se dividir nas seguintes modalidades:

- **Neonatal:** destinado a pacientes entre 0 e 28 dias de vida;
- **Pediátrico:** destinado a pacientes entre 29 dias e 18 anos incompletos;
- **Adulto:** destinado a pacientes acima de 14 anos.

A UTI deve ocupar um espaço hospitalar dentro do próprio hospital. O acesso devido às condições de saúde dos pacientes deve ser restrito, e de acordo com Góes (2011), deve possibilitar a contiguidade dos seguintes setores: ambulatórios, centro-cirúrgico, centro-obstétrico, CME, Emergência e unidades de internação.

A RDC-50 da ANVISA apresenta os requisitos básicos de instalações prediais (elétricas, hidrossanitárias), instalações especiais (eletrônicas, fluidos mecânicos, oxigênio, ar comprimido), ambientais (climatização, proteção contra incêndio, controle de infecções).

As UTIs podem ser projetadas em várias formas: **circular** (que favorece a visão da equipe de profissionais em relação aos leitos do paciente); **retangular** (onde os leitos ficam lado a lado, utilizando apenas uma extremidade da parede) ou **quadrada** (os leitos ficam dispostos em forma de um quadrado) (GÓES, 2011; ZUNINO, 2015).

FIGURA 39 - MODELO DE UTI CIRCULAR



FONTE: Zunino (2015, p. 35)

FIGURA 40 - IMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RETANGULAR



FONTE: Disponível em: <<http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?p=105533344>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

Além disso, a UTI deve possuir, de acordo com Góes (2011); Carvalho (2015), os seguintes ambientes:

- Área coletiva de internação (adulto, neonatal e/ou pediátrico separados por box e/ou cortinas);
- Quarto de isolamento;
- Posto de enfermagem;
- Sala administrativa;
- Copa;
- Rouparia;
- Sala de preparo de equipamentos e materiais;
- Depósito de equipamentos;
- Sanitários feminino e masculino com vestiário;
- Sanitários para pacientes (podem ser substituídos de bancada contendo lavatório e bacia sanitária juntos);
- Sala de espera para visitantes;
- Depósito de Material de Limpeza (DML);
- Sala de reuniões/entrevista;
- Área de estar da equipe de assistência;
- Quarto para plantonistas.



A escolha pelo tipo de UTI (circular, retangular ou quadrada) obedece mais a conformidade do que a determinação técnica, principalmente pelo fato de as UTIs serem implantadas a partir de adaptações de áreas existentes e já construídas (VECINA NETO, 2011; TAVARES, 1974).

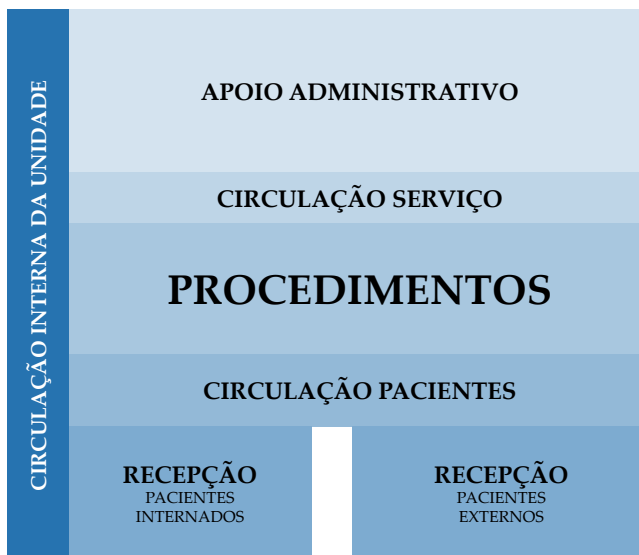


Para aprofundar seus conhecimentos sobre as unidades de terapia intensiva, visite o site da **Associação Brasileira de Medicina Intensiva** (<http://www.amib.org.br/>). Você encontrará publicações sobre atuação nas UTIs.

4.2 UNIDADE DE RADIOLOGIA OU IMAGIOLOGIA

A unidade de radiologia ou imagiologia é um espaço físico destinado à instalação de equipamentos de imagem com fins diagnósticos e terapêuticos. Esses equipamentos, normalmente, são instalados em hospitais gerais. Neste contexto incluem-se: aparelhos de raio-X, tomografia, ultrassonografia, ressonância magnética e radioterapia.

FIGURA 41 - SETORIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE IMAGIOLOGIA



FONTE: Brasil (2013, p. 13)

Em função do peso dos equipamentos e pelas perigosas emissões de radioatividade para as áreas vizinhas, a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CENEN) recomenda que a implantação desta unidade seja no pavimento térreo e, se possível, em edifício bloco, ou seja, isolado da área central do hospital.

De acordo com a RD-50, o setor de radiologia deve conter:

- Sala de preparo do paciente;
- Sala de preparo de contraste;
- Sala de indução anestésica e recuperação de paciente;
- Sala de serviços;
- Sala de exames;
- Sala de comandos.

FIGURA 42 - MODELO DE PLANTA BAIXA DE UMA UNIDADE DE IMAGIOLOGIA



FONTE: Brasil (2013, p. 15)



O tamanho da sala de exames vai depender exclusivamente do tipo de aparelho que será instalado na mesma. Porém, deverá ser observada a legislação específica de cada situação.

4.3 CENTRO CIRÚRGICO

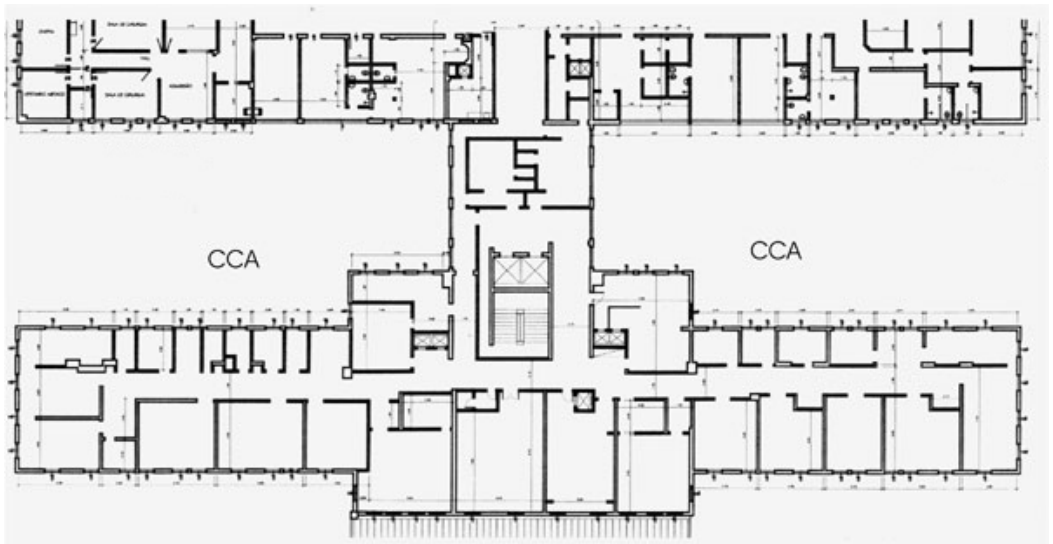
O Centro Cirúrgico é constituído pela configuração de uma área onde estão concentrados recursos representados por equipamentos e materiais que venham a ser utilizados com eficiência e segurança pela equipe de profissionais de cirurgia.

De acordo com Góes (2011), o dimensionamento das salas cirúrgicas é essencial no projeto de um Centro Cirúrgico. As salas cirúrgicas são projetadas considerando o porte das cirurgias realizadas na instituição. A RDC 50 indica uma sala cirúrgica para cada 50 leitos não especializados e 15 leitos cirúrgicos. É conveniente que sejam projetadas sempre no mínimo duas salas, em função da necessidade de ocorrer cirurgia contaminada, de isolar uma delas para os procedimentos de desinfecção.

De acordo com a ANVISA, as salas cirúrgicas podem ser dos seguintes tipos:

- **Sala de pequena cirurgia:** com área de aproximadamente 20 m².
- **Sala de média cirurgia:** utilizada para cirurgias em geral, com área de aproximadamente 25 m².
- **Sala de grandes cirurgias:** destinadas às cirurgias em áreas específicas, como: ortopedia, cardiologia e neurologia. As dimensões são de aproximadamente 36m².

FIGURA 43 - PLANTA DE UM CENTRO CIRÚRGICO



FONTE: Disponível em: <<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ciencia/centrocirurgico/9.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

Além disso, o Centro Cirúrgico deverá conter outros ambientes complementares, como: área de recuperação, área de indução, área de escovação, posto de enfermagem, sala de apoio para cirurgias especializadas e Centro de Recuperação de Operados ou sala de pós-anestésicos.

Os ambientes de apoio compreendem a sala de espera de acompanhantes; sala administrativa; sanitários (M/F); sala de utilidades; depósito de material de limpeza; depósito de equipamentos e materiais; rouparia; sala de preparo de equipamento e material; copa; sala para biópsia e congelação; área de Raio-X portátil; sala de estar para equipe.

Em algumas instituições hospitalares você encontrará a **Central de Material Esterilizado (CME)** anexo ao Centro Cirúrgico. Esta unidade é classificada como uma unidade de apoio técnico e cuidados indiretos. É a unidade de processamento dos artigos utilizados nos procedimentos de assistência ao paciente, desde o mais simples curativo até as cirurgias de alta complexidade (GÓES, 2011).

O espaço do CME geralmente compreende: expurgo, desinfecção, preparo, esterilização e arsenal (estoque).

4.4 CENTRO OBSTÉTRICO

O Centro Obstétrico é um espaço físico muito semelhante ao Centro Cirúrgico. Também denominado de espaço fechado, limita o acesso de pessoas ao interior das salas cirúrgicas.



O **Centro Obstétrico** é uma unidade hospitalar destinada à realização de partos normais, cirúrgicos (cesarianas) e serviços de curetagem. Em alguns hospitais esta unidade integra o Centro Cirúrgico (GÓES, 2011).

Para a localização desse espaço físico é aconselhável que se tenha uma ligação direta com a unidade de urgência e emergência.

Góes (2011) coloca que o Centro Obstétrico compreende: área de recepção da parturiente, sala de exame, admissão e higienização da parturiente, sala pré-parto; posto de enfermagem, sala de guarda e preparo de anestésicos; sala de indução anestésica, sala de escovação, sala de parto normal, sala de parto cirúrgico/curetagem, sala de aspiração manual intrauterina (AMIU), área para assistência ao recém-nascido, sala para assistência ao recém-nascido, posto de enfermagem e serviços obstétricos, sala de prescrição médica, CRO.

Além desses espaços, Góes (2011) coloca a necessidade dos **ambientes de apoio**, como: sala administrativa, sala de utilidades, vestiários (feminino e masculino), rouparia, depósito de equipamentos e materiais, depósito de material de limpeza (DML), banheiros, sala para distribuição de hemocomponentes, sala de espera para acompanhantes com sanitários, sala para guarda de pertences, sala de estar para funcionários e plantonistas, área para guardar macas e cadeiras de rodas.

Com o Programa Rede Cegonha do Governo Federal, as instituições de saúde que fazem parte desta rede de atendimento deverão adequar suas estruturas de forma que possam oferecer ao paciente o parto humanizado ou parto normal.



A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, estabelece os objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Quais são as áreas e os ambientes necessários ao projeto arquitetônico de um Centro de Parto Normal?

Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante, sala de exames e admissão de parturientes, sanitário anexo à sala de exames similares, quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (sem banheira), quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (com banheira), banheiro anexo ao quarto PPP, área para deambulação (interna e/ou externa), posto de enfermagem, sala de serviços (SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2013).

De acordo com a Secretaria de Saúde de Santa Catarina (2013), as unidades de apoio são: sala de utilidades, quarto de plantão para funcionários, banheiros anexo ao quarto de plantão, rouparia, depósito de material de limpeza, depósito de equipamentos e materiais, copa, refeitório, área para guarda de macas e cadeiras de rodas.

FIGURA 44 - MODELO DE PLANTA DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL



FONTE: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (2013)

4.5 UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA

A unidade de internação se assemelha muito com a unidade de hotelaria de um hotel, porém, apresenta características específicas voltadas ao edifício hospitalar, como, por exemplo, as questões de segurança na abertura.

A RDC nº 50/2002 define a unidade de internação como

a unidade que atende a [...] pacientes que necessitam de assistência direta programada por um período superior a vinte e quatro horas [...], a unidade de internação obriga o edifício hospitalar a possuir uma infraestrutura complexa, que vai dos cuidados de alimentação e rouparia aos mais avançados equipamentos de diagnóstico (BRASIL, 2002, p. 38).

O tempo médio de permanência do paciente nesta unidade hospitalar vai depender da especialidade envolvida no quadro clínico do paciente. Torna-se importante, portanto, “aprimorar os ambientes hospitalares a fim de minimizar as intercorrências indesejáveis relacionadas ao espaço físico e contribuir com a redução de dias de internação” (BRASIL, 2013).



Você já deve ter ido a alguns hospitais para realizar visitas ou até mesmo na condição de paciente, e neste momento deve ter observado que as enfermarias apresentam formas variadas em cada uma das instituições, não é mesmo? Agora, vamos ver quais são os critérios que devem ser observados para classificar os tipos de unidades de internação.

4.5.1 Classificação das atividades de internação

As unidades de internação são comumente classificadas pelo tipo de pacientes que recebem ou pelo grau de complexidade do atendimento. Observe no quadro a seguir como ocorre esta classificação.

QUADRO 18 – CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Classificação	Atividades de Internação
Por faixa etária	Adulto Pediátrico Berçário Terceira Idade
Especialidades	Clínica médica Clínica cirúrgica Cardiologia Oncologia Psiquiatria Alojamento conjunto Queimados
Complexidade	Intensiva Semi-intensiva Observacionais

FONTE: Elaborado pelo autor com base em Brasil (2013)



Os leitos de observação também são chamados de internação de curta duração. Geralmente estão localizados nas unidades de emergências, ambulatórios ou hospitais-dia e são utilizados para cuidados até 24 horas, por isso, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) não são computados como números de leitos de hospitais, pois não caracterizam unidades de internação, apesar de exigirem apoio compatível com o número disponível (BRASIL, 2013).



A RDC nº 50/2002 (BRASIL, 2004, p. 39-41) enquadra a internação na atribuição 3 e prescreve como atividades principais:

- o Separar, conforme os pacientes, a faixa etária, a patologia, o sexo e a intensividade de cuidados;
- o Executar e registrar assistência de enfermagem e médica diária;
- o Prestar assistência nutricional;
- o Prestar assistência psicológica.

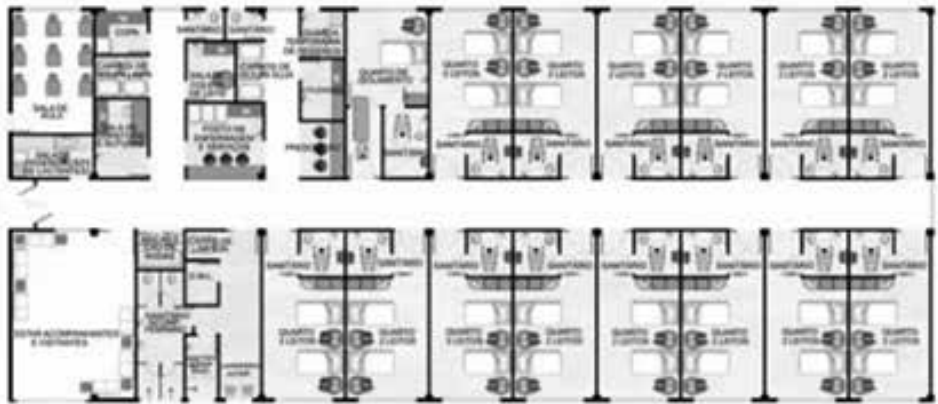
Atualmente, as instituições de saúde têm se preocupado muito com a visita aberta, que é um dos eixos da humanização. Assim, a localização da unidade deve facilitar o acesso aos acompanhantes e visitas, bem como a estruturação de outros espaços que permitam que o paciente e seus acompanhantes tenham um melhor atendimento (BRASIL, 2013).

Assim, a RDC nº 50/2002 (BRASIL, 2004, p. 59) recomenda que as unidades de internação contendam:

sala de serviço de enfermagem para cada trinta leitos hospitalares, devendo existir, no mínimo, um quarto que possa servir de isolamento. No caso da utilização de quartos de um leito, aconselha-se a adoção de, no máximo, 25 leitos. Esses módulos atendem ao estipulado por associações de classe de enfermeiros, em relação ao número de leitos por responsável técnico, e à economicidade de funcionamento do setor, que implica máximo aproveitamento do pessoal de enfermagem.

As unidades de internação também devem ter quartos de isolamento destinados à internação de pacientes que necessitem de isolamento de contato, isolamento por via aérea ou respiratória. Geralmente, estes quartos ficam posicionados no final do corredor, para melhor controle do fluxo e acesso de pessoas não autorizadas, e próximo ao posto de enfermagem, para facilitar seu cuidado e vigilância (BRASIL, 2013).

FIGURA 45 - PLANTA BAIXA DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO



FORTE: BRASIL (2013, p. 13)

4.6 PRONTO-SOCORRO

As áreas de pronto-socorro ou de atendimento imediato são uma das principais portas de entrada do paciente na unidade hospitalar. Por mais que se dê ênfase no processo preventivo, ainda os centros de urgências e emergências têm sido um grande desafio para os gestores hospitalares.

De acordo com Carvalho (2015), o planejamento do espaço de uma unidade de pronto-socorro é complexo, visto a necessidade de se entender os processos de atendimento das situações de emergência.

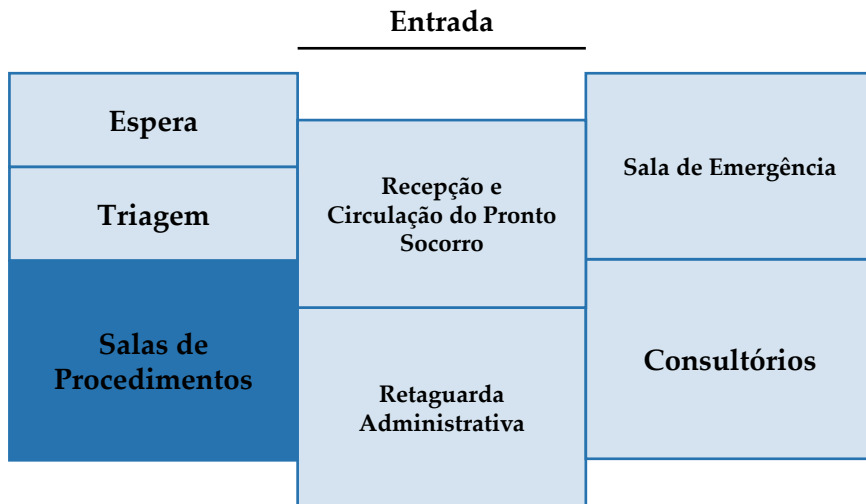
Como, por exemplo, se falamos que o pronto-socorro é a porta de entrada, o planejamento deverá prever que salas de atendimentos emergenciais com equipamentos para atendimento em situações de risco de vida necessitam estar próximas à porta de acesso de ambulâncias e entrada da unidade.

Atualmente, devido a conceito de humanização e da necessidade de se atender às normas estabelecidas pela legislação, alguns hospitais têm dividido os ambientes de atendimentos emergenciais em adulto e pediátrico (CARVALHO, 2015).

FIGURA 46 - ESTRUTURA DE PLANTA DE UM TÍPICO PRONTO-SOCORRO

Pronto Socorro

Ilustração: Esquema da planta de um Pronto-Socorro Típico



FONTE: Disponível em: <http://www.admhosp.net.br/index_arquivos/administracao_04.htm>. Acesso em: 12 dez. 2015.

LEITURA COMPLEMENTAR

O PLANEJAMENTO DO HOSPITAL: O PLANO DIRETOR COMO INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO E AÇÃO PARA A ARQUITETURA E ENGENHARIA

Fabio Bitencourt

O arquiteto e pesquisador norte-americano Stephen Verderber apresenta dentre as diversas funções do edifício hospitalar a sua necessidade de redesenhar-se frequentemente, pois, para ele: “O edifício hospitalar tem um prazo de validade, e como muitos acreditam, uma responsabilidade social intrínseca de expandir, reconstruir-se e reequipar-se continuamente.” No seu livro *Ambientes de Saúde em um período de transformação radical* (Yale University Press, 2000), ele cita uma declaração do Presidente Lyndon Johnson, dos Estados Unidos da América, em março de 1965, na sua Mensagem para Educação e Saúde, na qual assume que um terço de todos os hospitais do país estavam em “condições obsoletas”.

Com os diversos eventos esportivos em andamento, ou por acontecer, no Brasil a partir deste ano de 2014, onde cada vez mais são questionados os consequentes e possíveis legados, também seria necessário fazer uma reflexão sobre a situação da estrutura predial e tecnológica dos hospitais do nosso país.

Em importante relatório publicado em abril de 2014 pelo Tribunal de Contas da União sobre a assistência à saúde no Brasil (FiscSaúde), além da avaliação sobre diversos aspectos sobre serviços, medicamentos e equipamentos hospitalares, foram visitados 116 hospitais federais, estaduais e municipais em 26 estados e no Distrito Federal ao longo do ano de 2013.

Sobre a edificação e áreas de apoio, gestores de 85 unidades hospitalares (73% do total) afirmaram que “a estrutura física dessas unidades não era adequada ao atendimento da respectiva demanda”. A inadequação física foi apontada como um dos principais problemas pelos responsáveis por 50% dos hospitais. Segundo os administradores, os dois principais problemas eram os seguintes:

- a) mau estado de conservação do imóvel ou estrutura antiga: prejudica a instalação de novos equipamentos. Nesse sentido, 23% dos hospitais visitados relataram a existência de equipamentos de alto custo não utilizados ou subutilizados por ausência de estrutura física adequada;
- b) projeto arquitetônico ruim ou defasado: pode-se acrescentar que a falta de um plano diretor seja determinante para o resultado dessas percepções e que isto possa contribuir com essas principais argumentações. Situação que inviabiliza a previsão dos problemas, assim como a antecipação de soluções e orientação sobre os investimentos. A necessidade de ajustar-se ao momento da tecnologia

dos materiais de revestimento e equipamentos prediais hospitalares, a importância de dialogar com as inovações tecnológicas médicas e atender à organização físico-funcional estabelecida pela modelagem assistencial de saúde podem representar a sobrevivência e longevidade da arquitetura concebida em qualquer período da sua história de vida. Lembrando Verdeber, os edifícios hospitalares devem ser redesenhados e revistos a cada período, desde que seus projetos arquitetônicos permitam a sua flexibilização, expansão e ajustes físico-funcionais. Conceitos primitivos e preliminares do planejamento hospitalar.

Porém, como proceder para atender à diversidade de demandas assistenciais dos serviços de saúde e às atualizações tecnológicas correspondentes aos materiais e equipamentos hospitalares?

Um possível e importante passo neste sentido foi estabelecido pela estratégia da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) a partir da sua proposta de elaborar planos diretores para os hospitais universitários do Brasil.

A EBSERH foi criada em 2011 pelo Ministério da Educação (Lei nº 12.550/2011) como “responsável pela gestão dos Hospitais Universitários Federais e congêneres na prestação de serviços de atenção à saúde com excelência”. Posteriormente, para contribuir com a qualificação dos Hospitais Universitários Federais e dos Hospitais Federais do Ministério da Saúde (MS), foi assinada a Portaria Interministerial nº 883/10 (Ministério da Saúde e MEC) para atender às necessidades de reestruturação física destas unidades. Uma tarefa árdua estabelecida pela questionável gestão destes hospitais ao longo de sua história e pela ausência de controle efetivo sobre a aplicação dos recursos disponibilizados, ainda que, quase sempre, em desproporções ao volume de atendimentos e demandas assistenciais de saúde. Porém, muitas vezes desperdiçados pela evidente má gestão administrativa e financeira no cuidado com a *res publica* (bem público, no exato sentido daquilo que deve pertencer ao povo).

Uma importante oportunidade de alinhar futuro e adequar investimentos pode estar a caminho nesta ação proposta para obrigatoriedade na elaboração de planos diretores para todas estas estruturas, com a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF e dos Hospitais Federais do Ministério da Saúde (MS). Os nossos hospitais necessitam desta orientação que os municípios brasileiros já há muito tempo foram obrigados a seguir elaborando os Planos Diretores das Cidades, exigência da participação popular estabelecida na Constituição Federal de 1988.

Aponta-se uma perspectiva de responsabilidade contínua e objetiva com este programa. O Brasil, o ensino médico, o patrimônio hospitalar das universidades e os alunos, futuros médicos e, por fim, mas não menos importante, os usuários clientes, pacientemente aguardam melhores resultados nos ambientes de saúde e na assistência à saúde a que têm direito.

[...]

Há vários caminhos a seguir, como bem lembra Lewis Carrol em sua obra *Alice no País das Maravilhas*, quando ela questiona o Gato de Cheshire em uma encruzilhada de estradas a escolher: “é importante saber aonde quer chegar”, orienta o gato fictício a Alice, perdida no País das Maravilhas, assim como se orientasse a todos nós.

FONTE: Texto extraído de: <<http://setorsaude.com.br/fabiobitencourt/2014/04/30/o-planejamento-do-hospital-o-plano-diretor-como-instrumento-de-orientacao-e-acao-para-a-arquitetura-e-engenharia/>>. Acesso em: 5 dez. 2015.



RESUMO DO TÓPICO 2

Caro acadêmico, neste tópico você estudou sobre:

- Planejamento de unidades hospitalares.
- A importância do plano diretor hospitalar.
- Principais unidades hospitalares que compõem um hospital.

AUTOATIVIDADE



Observe uma unidade de Urgência e Emergência mais próxima de você e verifique se a mesma está de acordo com a RDC-50 e anote as divergências encontradas.

NOVAS TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

A humanização na área da saúde é um tema bem polêmico, que vem causando diversas discussões entre estudiosos e também gestores hospitalares.

A humanização está voltada ao bem-estar humano e, neste caso, ao paciente das instituições de saúde. E neste sentido, a humanização e seus critérios também são aplicados quando o assunto é arquitetura hospitalar.

A arquitetura hospitalar é um componente fundamental quando pensamos o bem-estar do paciente. A hospitalização é um processo traumático, tanto pelo fato de a pessoa no momento estar com sua saúde fragilizada, como também, pela ruptura que faz no convívio social da pessoa.

Desta forma, pensar num espaço hospitalar humanizado é de fundamental importância no processo de cura e promoção da saúde. Neste tópico vamos verificar como a arquitetura hospitalar pode influenciar neste contexto.

2 HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR

A humanização da saúde tem sido foco das instituições de saúde, bem como das políticas públicas voltadas à área da saúde. Entretanto, você encontrará diversos conceitos para humanização na literatura, e verificará que o emprego do termo vem sendo utilizado de várias formas e de acordo com a necessidade de seu uso.



Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece os aspectos subjetivos das relações humanas, os valores socioculturais e os funcionamentos institucionais na compreensão dos problemas e elaboração de ações de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento. (RIOS, 2009, p. 15 – grifo nosso).

Martins (2004) acentua que, embora o conceito de humanização se apresente de forma usual, trata-se de um **processo amplo, demorado e complexo**. Como ele envolve a mudança de comportamento dos profissionais, no atendimento e na assistência prestada ao paciente, verifica-se que ainda existe muita resistência, tanto por parte dos gestores, como pelos profissionais. Assim, cada profissional, equipe ou organização passa por processo singular de humanizar, pois se não for singular, não será de humanização.

No Brasil, o conceito de humanização surgiu com a Constituição Federal de 1988, quando, no art. 196, estabeleceu que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos da doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Alguns autores têm utilizado o termo de hospital humanizado. Você sabe o que significa um hospital humanizado?



Hospital humanizado "é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade" (MEZOMO, 1995, p. 276).

Nos dias atuais convivemos com vários movimentos em torno da humanização. Esses movimentos trabalham com a finalidade de resgatar os vínculos entre as pessoas, bem como a dignidade das mesmas. (ZAHER, 2005).

2.1 O ESTUDO DA AMBIÊNCIA HOSPITALAR

De acordo com Brasil (2004), a ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido e compreendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva.

Para a Política de Humanização do SUS, a ambiência no ambiente hospitalar segue primordialmente três eixos:

- O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.
- O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia [...] e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social.
- O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho é um local que garanta a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão (BRASIL, 2004).

Quando falamos em confortabilidade, fazemos referência a vários fatores, como a questão morfológica do espaço, estamos nos referindo às formas, dimensões e volumes, configuram e criam espaços, como, por exemplo, a questões de áreas de circulação amplas, à ergonomia (dimensionamento correto dos postos de trabalho), espaços que minimizem o estresse de pacientes e equipe de trabalho, de fácil limpeza, e que permitam segurança (GÓES, 2011; BRASIL, 2004).

FIGURA 47 – HOSPITAL PIRAJUSSARA



FONTE: Disponível em: <<http://www.spdmafilados.org.br/site/index.php/unidades-pirajussara/unidades-pirajussara-4/409-humanizacao-hgp>>. - Acesso em: 9 dez. 2015.

Outro fator importante é a cor. Góes (2011) coloca que a cor é um elemento fundamental na vida do ser humano. É essencial na composição arquitetônica, externa e interna, tanto pelos efeitos positivos e negativos que podem causar na paisagem. Antigamente a cor branca era predominante no ambiente hospitalar.

FIGURA 48 – MODELO DE ESPAÇO DE INTERNAÇÃO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



FONTE: Disponível em: <http://www.desiderata.org.br/assets/livro_sistematizacao.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

Góes (2011) apresenta no quadro a seguir os efeitos e propriedades das cores.

QUADRO 19 – QUADRO DAS CORES – EFEITOS

Tipo	Cores	Efeitos
Cor quente	Vermelho	Cor que chama atenção; Está associada à corrente sanguínea; Estimula a agressividade.
	Amarelo	Antidepressiva; A cor do intelecto; Estimula a concentração e criatividade.
	Laranja	Cor da alegria; Abre o apetite; Estimula a produção de leite materno.
	Preta	Evita os efeitos maléficos ou benéficos das cores no ambiente.
Cor fria	Verde	Equilíbrio e calma; Usada em excesso causa depressão.
	Azul	Calmante; Usada como terapia.
	Índigo	Mistura de azul e vermelho; Estimula a atividade cerebral, a criatividade e a imaginação.
	Violeta	Cor da transmutação, da mudança, é bactericida.
	Lilás	Propriedades sedativas; Ajuda a relaxar; Cor muito utilizada em UTI e CTI.
	Branco	Cor neutra; Caminho aberto às radiações.

FONTE: Góes (2011)

A **iluminação artificial**, indispensável na maioria dos ambientes hospitalares, influencia o equilíbrio fisiológico e psicológico dos usuários. Deve-se evitar o erro habitual de se pensar na iluminação depois da seleção das cores e dos materiais. Dessa forma, é preciso integrar, o mais precocemente possível, a luz no projeto arquitetônico, com a definição da luminância necessária ao ambiente, antes da escolha das cores (MARTINS, 2004, p. 64).

O conforto acústico também faz parte da ambiência, por isso é necessário considerar no ambiente hospitalar, de acordo com Góes (2011):

- Localização e orientação do edifício em relação a fontes externas de ruído;
- Dimensão e posições das aberturas;
- Isolamento das paredes;
- Redução de fontes internas de ruídos.

O tratamento das áreas externas também é necessário, já que, além de porta de entrada, se constitui muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de “estar” de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugares de estar e relaxamento (BRASIL, 2004).



RIOS, Izabel Cristina. *Caminhos da Humanização na saúde: prática e reflexão* /São Paulo: Áurea Editora, 2009.

3 SUSTENTABILIDADE NA ARQUITETURA HOSPITALAR

A questão da sustentabilidade em hospitais vem sendo muito discutida no âmbito da gestão hospitalar. Mas o que vemos ainda é a dificuldade que as instituições enfrentam para se tornarem mais sustentáveis em suas ações. Veremos que muitas instituições já iniciam a implantação de ações voltadas à sustentabilidade, porém, estas acontecem de forma isolada.

3.1 CONCEITO DE SUSTENTABILIDADE

O termo sustentabilidade tem sua origem pautada no Relatório de Brundtland na década de 1980, com o conceito de desenvolvimento sustentável. Observamos que atualmente é um grande desafio harmonizar as ações do homem e a interação com o meio ambiente. Se naturalmente é difícil implantar ações sustentáveis nos negócios, imagina quando este assunto está relacionado às instituições de saúde no Brasil, pois esta realidade ainda está muito longe da maioria das instituições de saúde brasileiras, que carecem de recursos para garantir sua sustentabilidade econômica, e por isso acabam não conseguindo investir na sustentabilidade social e ambiental.

Entretanto, como o cuidado em saúde parte de uma rede de causa e efeito, alguns hospitais no Brasil têm adotado novas estratégias para se tornarem sustentáveis, de forma que possam adequar suas ações de cuidado e segurança do paciente ao tripé da sustentabilidade social, econômica e ambiental.



O que é sustentabilidade?

As palavras **sustentável** e sustentabilidade começaram a ser empregadas associadas à palavra desenvolvimento em meados da década de 1980, tendo como pano de fundo a crise ambiental e social que desde o início dos anos de 1960 já começava a ser percebida como uma crise de dimensão planetária. (BARBIERI, 2007 apud BERNADES et al., 2013, p. 5 – grifo nosso)

Geralmente a sustentabilidade está associada a uma forma de se mitigar os impactos ambientais, entretanto, a sustentabilidade é mais complexa do que isso. Trata-se de algo que visa integrar as questões sociais, ambientais e econômicas de forma que, juntas, possam tornar as instituições mais eficientes e eficazes nos seus processos de trabalho.

E nos hospitais, como a sustentabilidade está sendo aplicada? Um exemplo de hospital que vem se adequando à sustentabilidade é o Hospital Albert Einstein.

Todos esses são efeitos colaterais perigosos de uma medicina desafiada pelo contexto das mudanças climáticas, da exploração predatória dos recursos naturais e do envelhecimento da população, cada vez mais vulnerável às doenças crônicas e neoplasias agravadas pelos desequilíbrios ambientais, como aumento da poluição e exposição a água e alimentos contaminados. “Nossa função é a manutenção da saúde. Não podemos ter práticas contrárias a isso”, afirma o Dr. Luiz Vicente Rizzo, diretor de Pesquisa do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Einstein. “Instituições de saúde não podem mais se preocupar apenas em curar. Elas precisam levar em conta os impactos de suas práticas sobre o meio ambiente e as comunidades do entorno”, reforça o Dr. Eduardo Zlotnik, *chairman* do Comitê de Responsabilidade Social e Sustentabilidade do Einstein.

Internacionalmente, governos e organizações não governamentais já estão mobilizados para mensurar e minimizar impactos. O sistema público de saúde inglês, por exemplo, tem como meta reduzir em 80% suas emissões até 2050, tendo os números de 2007 como referência. Nos Estados Unidos, onde há 20 anos se alastra uma “onda verde” no campo da medicina, é forte a atuação de entidades com a Health Care Without Harm (Saúde Sem Dano) e a Practice Green Health (Prática da Saúde Verde). Também nesse país são notáveis as ações de associações hospitalares como a Kaiser Permanente. Congregando dezenas de instituições com poder de compra bilionário, essa associação vem imprimindo importantes mudanças em toda a cadeia de suprimentos hospitalares, exigindo produtos e equipamentos mais sustentáveis e vetando matérias-primas consideradas nocivas à saúde e à natureza.

FIGURA 49 – POR QUE UM HOSPITAL PRECISA PENSAR EM SUSTENTABILIDADE?



FONTE: Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/hospitais-tambem-precisam-ser-sustentaveis.aspx>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

3.2 AÇÕES DE SUSTENTABILIDADE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná (FEMIPA) também tem apoiado a ideia da sustentabilidade nos hospitais. Para isso, lançou um “Projeto de Sustentabilidade FEMIPA”, que faz uma abordagem sobre conceito de sustentabilidade e apresenta as etapas do projeto de sustentabilidade.

De acordo com a FEMIPA, as etapas de implantação de projeto de sustentabilidade compreendem:

- Definir a sustentabilidade como política institucional;
- Criar comitês de sustentabilidade;
- Sensibilizar a equipe;
- Definir indicadores.

Mas, quais os projetos de sustentabilidade um hospital poderá implantar?

Os hospitais poderão desenvolver projetos em vários eixos temáticos. No quadro a seguir apresentamos alguns exemplos de projetos sustentáveis em hospitais.

QUADRO 20 – MODELO DE PROJETOS DE SUSTENTABILIDADE

Área	Tipos de Projetos
Ambiental	Substituição de equipamentos à base de mercúrio.
	Implantação e construção de estações de tratamento de efluentes.
	Implantação de placas para aquecimentos de energia solar.
	Substituição dos equipamentos padrões de exames por imagem – por equipamentos digitais.
	Captação da água de chuvas para utilização em sanitários.
	Revisão e substituição de autoclaves.
	Revisão e substituição de luminárias.
Econômico	Gestão de custos e protocolos assistenciais.
	Campanhas de redução de custos.
	Campanhas de economia de energia elétrica e uso consciente da água.
Social	Humanização hospitalar.
	Projetos sociais.
	Campanha de promoção à saúde.

FONTE: FEMIPA (2013)



Você conhece o **Projeto Hospitais Saudáveis**?

O Projeto Hospitais Saudáveis (PHS) é uma associação sem fins econômicos, dedicada a transformar o setor saúde em um exemplo para toda a sociedade em aspectos de proteção ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, do paciente e da população em geral.

Participam do PHS profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços, instituições de ensino e de pesquisa em saúde, organizações da sociedade civil em geral e demais organizações, públicas ou privadas, comprometidas com os objetivos e valores por nós advogados.

A assistência à saúde, como toda atividade produtiva, gera impactos ambientais e sanitários. No Brasil, assim como em diversas partes do mundo, esses impactos são agravados pela precariedade da infraestrutura nas regiões mais pobres e pela falta de informação e de ações coordenadas.

O PHS trabalha para desenvolver e apoiar uma rede de cooperação, partindo do comprometimento das instituições de saúde do país, bem como dos profissionais de todas as categorias que atuam no sistema de saúde brasileiro. Além do setor de assistência à saúde, o PHS atua em parceria com organizações profissionais, sindicais e setoriais, institutos de ensino e pesquisa, órgãos públicos e organizações não governamentais das áreas de saúde e segurança do trabalho, saúde pública e meio ambiente.

FONTE: texto extraído de: <<http://www.hospitaissaudaveis.org/quemsomos.asp>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

O Projeto Hospitais Saudáveis faz parte da **Rede Saúde sem Dano**. A Rede Saúde sem Dano é uma coalizão internacional de hospitais e sistemas de saúde, profissionais da saúde, grupos da comunidade, sindicatos e organizações ambientalistas que se propõem transformar mundialmente o setor de cuidado da saúde, sem comprometer a segurança ou o cuidado do paciente, para que seja ecologicamente sustentável e deixe de ser uma fonte de dano para as pessoas e o meio ambiente (FONTE: Disponível em: <<https://saudesemdano.org/america-latina/nos>>).



www.saludindiana.org
www.hospitalesportalasaludambiental.net

A Agenda Global para Hospitais Verdes e Saudáveis (AGHVS) se propõe a oferecer apoio a iniciativas em todo o mundo, visando promover maior sustentabilidade e saúde ambiental no setor saúde e assim fortalecer os sistemas de saúde em nível global.

A agenda está disponível em: <http://www.hospitaissaudaveis.org/noticias_ler.asp?na_codigo=12>.

3.3 ARQUITETURA HOSPITALAR SUSTENTÁVEL

Já se tornou realidade no Brasil a construção de prédios verdes. Isso é uma das soluções encontradas para contribuir de várias formas com o meio ambiente e a redução de custos, pois um prédio hospitalar gasta em média 30% a mais de energia que outra unidade de negócio.

O que são os prédios verdes?

Prédios verdes, também chamados de *Green Buildings*, construções sustentáveis ou empreendimentos sustentáveis, caracterizam-se por serem desenvolvidos harmonizados com o meio ambiente e com a comunidade de sua influência, proporcionando melhor retorno aos investidores e proprietários, menores custos operacionais e melhor saúde, conforto e produtividade aos ocupantes (<http://predioverde.com.br/> - grifo nosso).

Os **prédios verdes** são empreendimentos desenvolvidos visando maior eficiência energética, utilização racional da água, integração no espaço de localização e qualidade ambiental interna. De acordo com o Grupo Sustentax, os prédios verdes são projetados levando em consideração questões como a:

Energia: otimização energética, uso de energia renovável, cobertura predial e revestimento externo, centro de distribuição Bomi – LEED novas construções.

Materiais: gerenciamento do lixo, origem e uso, reciclagem.

Água: origem, racionalização do uso, minimização de resíduos.

Espaço sustentável: preservação e restauração da biodiversidade, redução da poluição luminosa e outras, conectividade com a comunidade.

Ambiente interno: gerenciamento da qualidade do ar e conforto, uso de materiais de baixa emissão, iluminação natural e visão.

Em 2010 foi inaugurado em Singapura/SIN o Khoo Teck Puat Hospital (KTPH), que traz o conceito de “hospital no jardim” ou “jardim no hospital”. O hospital foi projetado com base nos preceitos do desenvolvimento sustentável e preservação da biodiversidade. Assim, encontramos em sua estrutura grandes áreas verdes, que contribuem para a melhoria da eficiência energética e diminuição da pegada ecológica.

FIGURA 50 – KHOO TECK PUAT HOSPITAL (KTPH), EM SINGAPURA/SIN



FONTE: Disponível em: <<https://ecotelhado.com/o-verde-e-a-saude/>>.
Acesso em: 12 dez. 2015.

A rede, chamada Global Green and Healthy Hospital, conta atualmente com o apoio de diversas organizações que representam mais de 3.500 hospitais nos seis continentes. Aqui no Brasil, cerca de 40 hospitais já adotaram as práticas sustentáveis para fazer parte do grupo. Quem se habilita a integrar a rede precisa estar disposto a reduzir a pegada ecológica da assistência à saúde. Para tal, os estabelecimentos devem se comprometer a adotar pelo menos dois de um conjunto de dez objetivos da Agenda Global para Hospitais Verdes e Saudáveis, que mudam a maneira como vemos e usamos os recursos da saúde (BLANK, 2013, s/p).

Assim, hospitais como a Sociedade Israelita Albert Einstein têm realizado investimentos para certificar suas estruturas hospitalares com a certificação LEED GOLD, criada pelo U.S. *Green Building Council* e verificada pelo *Green Building Certification Institute* (GBCI), que reconhece e certifica projetos, construções e operação de edifícios sustentáveis (verdes) de alto desempenho.

LEITURA COMPLEMENTAR**ARQUITETURA HOSPITALAR: VOLUMETRIA ASSIMÉTRICA FAZ INTERLOCUÇÃO COM O ENTORNO**

Evelise Grunow

A unidade Perdizes do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, é um edifício de volumetria horizontal, que faz da afinidade com a morfologia densa do entorno o argumento de um projeto baseado no máximo aproveitamento do lote. Tirando partido das qualidades do tecido urbano, seus recuos, fluxos e visuais, priorizou-se a implantação compacta, em monobloco, mas que parece se desmembrar em altura, acompanhando as faces de alinhamento do lote.

A concepção arquitetônica teve início em 2006, com a avaliação fundiária e a consultoria em legislação urbana. Naquele ano, a aprovação da lei municipal nº 14.242, de incentivo à implantação de hospitais, delineou novo panorama legal para a construção da unidade especializada em oncologia, principalmente pelo coeficiente quatro de aproveitamento. Esse potencial extra poderia ser utilizado vertical ou horizontalmente, explica Adriana Levisky, autora do projeto ao lado de Arthur Brito, arquiteto do escritório Kahn do Brasil.

A opção recaiu sobre a horizontalidade, que facilita o fluxo de pacientes e da equipe médica.

A proposta previa que, além de humanizada e funcional, a unidade hospitalar deveria ser sociável. Adriana relata que, já no projeto que ela havia desenvolvido anteriormente para o plano diretor da sede do Albert Einstein, no bairro do Morumbi, esteve às voltas com o princípio da criação de espaços humanizados, qualidade que tem impacto em várias escalas, desde o sistema construtivo até a ambiência interna.

Um dos diferenciais do empreendimento é a inserção em região consolidada da cidade - ainda que de uso predominantemente residencial -, o que, em comparação com as grandes massas edificadas que a constituem, fez com que os escassos recuos do Einstein tivessem impacto atenuado no entorno. Colabora para isso a angularidade da face frontal do edifício, desmembrada em duas fachadas suspensas de vidro grafite, insulado e serigrafado. Elas estabelecem a relação direta do ambiente hospitalar com as referências urbanas locais, pois os grafismos que as individualizam - um, linear e horizontal; o outro, um mosaico colorido - comunicam interna e externamente o posicionamento relativo da edificação. As áreas sociais e de atendimento são lindeiras às superfícies envidraçadas, que, na esquina, voltam-se para a avenida Sumaré. Os setores de serviço prolongam nos interiores o eixo funcional de acesso pela Rua Apicás.

Estruturalmente, a série de pilares periféricos e o core central, ambos de concreto, geram a planta livre do hospital em Perdizes, a fim de melhor acomodar o complexo programa. Em termos gerais, cada laje foi dividida em dois setores paralelos, delimitados pelo núcleo de escada e elevadores: a parte da frente tem vocação social, com salas de espera, de atendimento e cafés, enquanto na posterior predominam as áreas de serviços.

A interlocução da arquitetura com o empreendimento hospitalar é bem específica, relata Adriana. “São várias equipes e sistemáticas de trabalho, como se fossem vários clientes”, cujas demandas precisam ser orquestradas por uma diretriz maior. No caso, a da socialização e dos mínimos deslocamentos verticais, mesmo considerando tratar-se de uma edificação com dez pavimentos no total, metade aérea e metade enterrada.

No que se refere à sustentabilidade, a meta é obter a certificação LEED na categoria Prata. “Trabalhamos com fachada ventilada associada à pele de vidro insulado, cuja coloração grafite reduz a incidência solar nos interiores”, conclui a arquiteta.



RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico você estudou sobre:

- Humanização e arquitetura hospitalar.
- Como as cores podem influenciar no bem-estar das pessoas.
- Sustentabilidade x arquitetura hospitalar: novas tendências de prédios verdes.

AUTOATIVIDADE



Prezado acadêmico, agora que chegamos ao final da Unidade 3, você deverá fazer a Avaliação referente a esta unidade.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Katia. (2001) Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2015.

ALVES, Vera Lucia de Souza. **Gestão da qualidade**: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ANDRADE, Ana Maria Florio de. **Hospitalidade**: acolhimento, atendimento e ambientação. São Paulo: SENAC, 2011.

ARAÚJO, I. C. G d. **Gestão de pessoas: estratégias e integração organizacional**. São paulo: atlas, 2006.

BARSANO, Paulo Roberto. Biosegurança: Ações fundamentais para a Promoção da Saúde. – São Paulo: Erica, 2014.

BATISTA, Maria Elisa Catani. Humanização em hospitais por meio da hotelaria: uma forma de agregar valor à administração hospitalar: O CASO HOSPITAL LÚCIO REBELO. Curso de Especialização Formação de Consultores em Turismo. Universidade de Brasília, 2005.

BERNARDES, Eduardo Barbosa et al. **Hospitais e sustentabilidade**: o Impacto ambiental de uma lavadeira hospitalar. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2013.

BLANK, Aron. **A onda verde chega aos hospitais de todo mundo**. In. Respostas Sustentáveis. 2013. Disponível em: <<http://respostassustentaveis.com.br/hospitais-verdes/>>. - Acesso em: 9 dez. 2015.

BOERGER, Marcelo Assad. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 97 p.

_____. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. –São Paulo: Ed. Atlas, 2005.

_____. Uma análise do custo benefício na implantação da hotelaria hospitalar. In: GUIMARAES, NISIA do Val Rodrigues Roxo. **Hotelaria Hospitalar – Uma visão interdisciplinar**. – São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995**. Brasília, DF, 1995.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria nacional de organização e Desenvolvimento de serviços de saúde. **Terminologia básica em saúde/** Ministério da saúde, secretaria Nacional de organização e desenvolvimento de serviços de saúde. – Brasília: centro de documentação do ministério da saúde, 1987. 47 p. (série b: textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência/**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde/**Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 – Vol. 1.

_____. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia - **Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Sistemas Construtivos na Programação Arquitetônica de Edifícios de Saúde** - Brasília – 1995.

_____. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

_____. Ministério da Saúde (2002). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/soma_sus_sistema_apoio_elaboracao_vol2.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde (2013). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/soma_sus_sistema_apoio_elaboracao_vol2.pdf>.

BURMESTER, Haino. **Manual de gestão hospitalar** - São Paulo: FGV Editora, 2012.

CAMARGO, Luiz Octavio de Lima. **Hospitalidade**. São Paulo: Aleph, 2004.

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

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. Implantações de unidades hospitalares. Salvador, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/somasus/implantacoes_unidades_hospitalares.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2008, 09h23min.

____. **Introdução à arquitetura hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Quarteto Distribuído, 2015.

CASTELLI, Geraldo. **Hospitalidade**: a inovação na gestão das organizações prestadoras de serviços. São Paulo: Saraiva, 2010.

____. **Gestão Hoteleira**. São Paulo: Saraiva, 2006.

____. **Hospitalidade na perspectiva da gastronomia e da hotelaria**. São Paulo: Saraiva, 2005.

____. **Administração hoteleira**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 1992.

COSTEIRA, Elza. O hospital do futuro. In SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani (org.). **Arquitetura e saúde**: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004, p. 77-91.

DIAS, Sergio Roberto et al. **Gestão de Marketing**. - São Paulo: Saraiva, 2006.

DILANE FELIX, CARLOS ALBERTO GONÇALVES, CID GONÇALVES FILHO. *Terceirização de serviços: um estudo exploratório em hospitais*. Revista pretexto, belo horizonte v. 8 n. 3, p. 37-51, 2007 edição especial.

CRUZ, R. C. Ázida da. Hospitalidade turística e fenômeno urbano no Brasil: considerações gerais. In: DIAS, C. Mde Moraes (org.). **Hospitalidade**: reflexões e perspectivas. São Paulo: Manole, 2002.

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DO PARANÁ (FEMIPA). **Manual de Sustentabilidade FEMIPA**. – Curitiba/PR. - INTERACT Comunicação Empresaria, 2013. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/pdf/manual_sustentabilidade.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA, 1979

GODOI, A. F. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GRINOVER, Lúcio. **Hospitalidade**: um tema a ser reestudado e pesquisado. In: DIAS, C. M. de Moraes (org.). **Hospitalidade**: reflexões e perspectivas. São Paulo: Manole, 2002.

GRÖNROOS, C. A. **Marketing gerenciamento e serviços**: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

GUIMARÃES, Ligia. **Hospitais usam serviços de hotel de luxo para disputar público de alta renda**. 27 jan. 2010. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL1456453-9356,00-HOSPITAIS+USAM+SERVICOS+DE+HOTEL+DE+LUXO+PARA+DISPUTAR+PUBLICO+DE+ALTA+REND.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. 2. ed. - São Paulo: Edgard Blücher, 2011.

GUZELA, Guilherme. **Gestão de meios de hospedagem**. Curitiba: InterSaberes, 2014.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KOPPLIN, Elisa; FERRARETTO, Luiz Artur. **Assessoria de imprensa – Teoria e prática**. 5. ed. São Paulo: Summus, 2001.

LASHLEY, Conrad. Para um entendimento teórico. In: LASHLEY, Conrad; MORRISON, Alison. **Em busca da hospitalidade**. São Paulo: Manole, 2004.

LIMA, Lucimara Ferreira de. **Arquitetura hospitalar: sustentabilidade e qualidade - proposta de um instrumento para pesquisa e avaliação**. Monografia de Especialização – Universidade Federal do Paraná, - Curitiba: 2010.

LOVELOCK, Christopher, WIRTZ, Jochen. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e resultados. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2006.

MARTINS, Vânia Paiva. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. In: Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de engenharia Clínica – 2004. Disponível em: <http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Sa%FAde/artigos/a_humanizacao_e_o_ambiente_fisico_hospitalar.pdf> - Acesso em 07/12/2015>. Acesso em: 8 dez. 2015.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Projeto editorial UnG, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual PNHAH. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial 2014**. Brasília/DF, 19 de março de 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/20/relatorio-ouvidoria-2014.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MIRANDA, Talita Varas de Matos. Aspectos históricos da qualidade em saúde. In: LUONGO, Jussara (org). **Gestão da qualidade em saúde**. São Paulo: Riedel, 2011.

MORAES, O. D.; CÂNDIDO, I.; VIEIRA, E. V. **Hotelaria hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde**. Caxias do Sul: EDUCS, 2004.

MOYSES FILHO, Jamil et. al.. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

NR nº 32 - do Ministério do Trabalho e Emprego Disponível em: <<http://www.cmqv.org/website/artigo.asp?cod=1461&idi=1&moe=212&id=15359>>. Acesso em: 15 out. 2015.

QUINTO NETO, Antônio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2003.

PADILHA, Ricardo Ianello. **Call Center – Contact Center**. In: GUIMARAES, Nisia do Val Rodrigues Roxo. **Hotelaria Hospitalar: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

RDC-50 (BRASIL-2004) – Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERESRDC>>. Acesso em: 12 dez.2015.

RODRIGUES, Marcus Vinicius et al. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: editora FGV, 2011.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão** / Izabel Cristina Rios. -- São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SAIS, Thiago Nezzi **O Custo-Benefício da implantação da Hotelaria Hospitalar**. Disponível em <http://www.hmdoctors.com/index.php/2012/06/o-custo-beneficio-da-implantacao-da-hotelaria-hospitalar/> - Acesso em 25/10/215.

SALU, Enio Jose. **Administração Hospitalar no Brasil**. – Baueri, Sp. Manole, 2013.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. **Arquitetura e saúde: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Orientações para Elaboração de Projetos:** Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano. (Ampliação e Reforma) - Julho /2013.

SOUZA, Larissa, **Diretrizes para elaboração de um Plano Diretor Físico Hospitalar:** o caso do complexo hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel – Salvador/BA/José da Silva - Salvador: Larissa Leiros de Souza, 2008. 96f.: il.

SPILLER, Eduardo Santiago et al. **Gestão de serviços e marketing interno.** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____. **Gestão de serviços.** Rio de Janeiro: FGV, 2004.

_____. **Gestão dos serviços em saúde.** Rio de Janeiro: FGV, 2009.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar:** serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. **Administração de hotelaria hospitalar.** São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Administração de hotelaria hospitalar?** Serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento de saúde. – 4. ed., São Paulo: Atlas, 2009.

TJARA, **Gestão Estratégica na Saúde:** reflexões e práticas para uma administração voltada a excelência. – São Paulo: Iatra, 2010.

TAVARES. Brenildo Meirelles. **Temas de tratamento intensivo e choque:** Princípios de planejamento, organização e funcionamento. Rio de Janeiro, 1974. 344p. Vol. IV.

TOLEDO, Luís Carlos. Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

VARISCO, Cristina. **Comparação entre os custos do serviço de Hotelaria na Internação hospitalar com o valor repassado pelo SUS em um hospital filantrópico de médio porte.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de administração Programa de Pós-graduação em Administração, 2004.

VASSERMAN, Charles. **Gestão de espaços físicos em clínicas e hospitais.** In: ANDRE, Adriana Maria. Gestão estratégica de clínicas e hospitais. – 2. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

VECINA NETO, Gonzalo. **Pronto Socorro.** In: VECINA NETO, GONZALO;

MALIK, Ana Maria. *Gestão em Saúde*. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogmann, 2011 – p. 224-226.

_____. **Unidade de Tratamento Intensivo**. In: VECINA NETO, GONZALO; MALIK, Ana Maria. *Gestão em Saúde*. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogmann, 2011 – p. 224-226.

VIDES, Maria L. P. Capello. In: GUIMARÃES, Nísia de V.R.R. **Hotelaria hospitalar**. Uma visão interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2007.

WEIDLE, P.S. **Sistemas construtivos na programação arquitetônica de edifícios de saúde**, Série Saúde & Tecnologia - Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Ministério da Saúde, Brasília - 1995.

ZAHER, V.L.; **Administração Hospitalar: Instrumentos para a Gestão Profissional: Humanização Hospitalar**. CUSC; Ed. Loyola, p.501-530, São Paulo, 2005.

ZANOVELLO, Ana Lucia; GUIMARÃES, Nisia do Val Rodrigues Roxo. *Hotelaria Hospitalar: Sua implantação nos Hospitais da Rede Pública e Privada*. In: GUIMARÃES, Nisia do Val Rodrigues Roxo. **Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

ZUNINO, Cláudio Roberto. **A ambiência da unidade de terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde**. Monografia de especialização. – Universidade Da cidade de São Paulo, - Curitiba, 2015.

