

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA FLAVIA FERREIRA

**Análise dos serviços de hotelaria hospitalar na perspectiva da hospitalidade:
Estudo de caso de um Hospital particular de grande porte na cidade de
Curitiba**

CURITIBA
2017

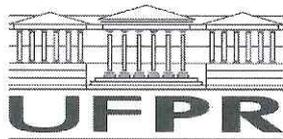
ANA FLAVIA FERREIRA

Análise dos serviços de hotelaria hospitalar na perspectiva da hospitalidade: Estudo de caso de um Hospital particular de grande porte na cidade de Curitiba

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Turismo, no Programa de Pós-Graduação em Turismo, Mestrado em Turismo, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia S. Massukado Nakatani.

CURITIBA
2017



**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM TURISMO**

No dia sete de Dezembro de dois mil e dezessete às 17:30 horas, na sala EP3, Ed. D. Pedro II, Campus Reitoria UFPR, Rua Dr. Faivre, 405, foram instalados os trabalhos de arguição da mestranda **ANA FLAVIA FERREIRA** para a Defesa Pública de sua dissertação intitulada **O papel da hospitalidade na hotelaria hospitalar para a conformação de serviços. Estudo de caso - hospital particular de grande porte na cidade de Curitiba**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em TURISMO da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: MARCIA SHIZUE MASSUKADO NAKATANI (UFPR), RÚBIA GISELE TRAMONTIN MASCARENHAS (UEPG), GRAZIELA SCALISE HORODYSKI (UFPR). Dando início à sessão, a presidência passou a palavra a discente, para que a mesma expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidência passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. A aluna respondeu a cada um dos arguidores. A presidência retomou a palavra para suas considerações finais. A Banca Examinadora, então, reuniu-se e, após a discussão de suas avaliações, decidiu-se pela APROVAÇÃO da aluna. A mestranda foi convidada a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidência fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora. A aprovação no rito de defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais do programa. A outorga do título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, MARCIA SHIZUE MASSUKADO NAKATANI, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Curitiba, 07 de Dezembro de 2017.


MARCIA SHIZUE MASSUKADO NAKATANI
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


RÚBIA GISELE TRAMONTIN MASCARENHAS
Avaliador Externo (UEPG)


GRAZIELA SCALISE HORODYSKI
Avaliador Interno (UFPR)

Catálogo na publicação
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me inspirar todos os dias a fazer sempre o melhor, e a buscar sempre a fazer diferença na vida das pessoas.

Agradeço a meu saudoso pai o hábito de estudar. Há dezenove anos nos deixou, e em vida sempre enfatizou que a maior herança que nos deixaria seria proporcionar nossos estudos, e assim o fez.

A minha amada mãe, por ser sempre a minha maior incentivadora. Ao meu querido esposo por ser meu grande parceiro e cúmplice desta jornada; E a minha filha, que nasceu durante a realização deste mestrado, e que me tornou uma pessoa infinitamente melhor.

A professora Doutora Márcia Nakatani, minha orientadora e hoje uma pessoa muito estimada, agradeço pelo seu apoio, paciência e muita compreensão durante minha gravidez, licença e finalização desta dissertação.

Aos meus colegas de turma, agradeço a parceria e união, certamente ganhei grandes amigos.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Teixeira de Andrade.

RESUMO

A hospitalidade tem sido cada vez mais empregada no mercado de trabalho, principalmente ao escopo de grandes empresas prestadoras de serviços, quer em sua missão e em seus valores, ou tornando-se parte do mapeamento estratégico da organização. Essa busca do diferencial mercadológico, trazendo o acolhimento, a humanização e a receptividade como pilares para a conquista e manutenção de clientes reflete o uso da hospitalidade. Nesse contexto, a área da saúde também tem se preocupado com a relação serviços, humanização e hospitalidade. Este, é um tema relevante dentro do ambiente hospitalar, uma vez que os profissionais da saúde convivem diariamente com a perda, a morte e o sofrimento, o que condiciona os mesmos a perder a sensibilidade no trato com os pacientes e acompanhantes que em muitos casos encontram-se debilitados emocionalmente, tornando o ambiente hospitalar ainda mais frio e impessoal, involuntariamente. Desta forma as instituições de saúde, necessitam avaliar a forma como executam seus processos de apoio e assistência, através do atendimento a seus clientes para conceder o suporte necessário a esta falta de humanização estabelecida na maioria das instituições de saúde. Considerando este argumento, o setor da Hotelaria hospitalar dentro dos hospitais, tem sido avaliado peça chave na operacionalização da hospitalidade, pois possui vínculos com todos os setores da instituição – direta e indiretamente – e, é responsável pela acomodação, alimentação, higienização e recepção dos clientes de saúde, o que confere uma ferramenta efetiva de gestão, transpondo o contexto da inospitalidade na área da saúde. Além disso, o estudo do tema é escasso cientificamente, e relativamente novo no contexto do turismo. Foi a partir destas considerações que esta dissertação visa compreender a importância que a hospitalidade possui em um ambiente hospitalar. Este estudo iniciou-se a partir da seguinte problemática: De que forma a hospitalidade contribui para a conformação de serviços, a personalização do atendimento e a humanização na área da saúde e da hotelaria hospitalar? Para elucidar este problema, a pesquisa foi estruturada com o objetivo de analisar a contribuição da hospitalidade para os serviços de hotelaria hospitalar no hospital estudado. Trata-se de um estudo de caso, que utilizou técnicas qualitativas e quantitativas para coleta e análise dos dados, em específico as ferramentas do *Design Thinking*, observando como as pessoas se comportam e como o contexto de suas experiências afetam as suas reações, em relação aos produtos e serviços, levando em consideração o significado emocional das coisas, e seu desempenho funcional. O estudo de caso foi realizado em um hospital particular de grande porte com mais de 65 anos de existência localizado em Curitiba/PR. As pesquisas bibliográfica e documental foram multidisciplinares, envolvendo temas como saúde, turismo e hotelaria hospitalar, necessárias para se compreender o objeto de estudo. Já a pesquisa de campo foi dividida em três etapas, com recortes temporais distintos. Ouvimos mais de 1.200 pessoas na primeira etapa da pesquisa e analisamos 32.000 cadastros de pacientes na segunda fase em um recorte temporal compreendido nos anos de 2014 e 2015. Com os resultados da primeira e da segunda etapas, pudemos elaborar três perfis que utilizam o hospital e delinear produtos e serviços específicos para cada um deles. Para validar os resultados da pesquisa, foram realizadas entrevistas no ano de 2017 com os clientes identificados pelas personas, a fim de analisar os produtos e serviços propostos a cada um deles, o que resultou em uma visão não esperada. A valorização da saúde e do bem estar ficou em primeiro plano para cem por cento do público entrevistado, independente da classe social e do poder aquisitivo dos clientes de saúde do hospital estudado, a

humanização foi o item de maior valor, uma vez que, diferente de uma hotelaria tradicional, onde os produtos e serviços são enaltecidos, na hotelaria hospitalar, as necessidades primárias e fisiológicas, se supridas, são suficientes para a satisfação do cliente de saúde, tratando-se mais de sensibilidade, criatividade e empreendedorismo da instituição, do que disponibilização de recursos, sejam estes humanos ou sejam financeiros.

Palavras-chaves: Hospitalidade, Hotelaria Hospitalar, Turismo de saúde.

ABSTRACT

Hospitality has been used more and more in the workforce, especially by companies specialized in customer service, being implemented in their mission and values or making it part of their organizational strategies. The search for the differentiated market where the welcoming, humanization and receptivity are the base to gain and retain customers reflects some of the uses of hospitality. In this context, the health and wellness field has been focused in making sure service, humanization and hospitality are connected. This is still, a relevant theme within the hospital environment, as for the professionals that work in these places live the reality of life or death on a daily basis, with high numbers of appointments which can, at times, cause them to become insensitive while treating patients and their families, turning the hospital environment colder and impersonal. Taking this issue in consideration, health institutions need to evaluate the way in which they execute their process of assistance to their clients and how to generate value to the institute's results. Hospitality in hospitals has been a key factor for the operation of the institution because it is directly and indirectly connected to all of the areas in the hospital, and it is responsible for accommodation, food, hygiene and reception of the patients. Not to mention, study in this theme is very little and relatively new within the tourism area. It was based on these considerations that this dissertation is focusing in comprehend the importance that hospitality has in a hospital environment. This study initiated from this question : in which ways hospitality contributes to the developing, personalization of services and the humanization within the health and wellness field and hospitality in hospitals? To answer this question, research was structured based on the need to observe the ways hospitality has contributed to the services provided by the hospital in question. It is about a case study, utilizing qualitative and quantitative techniques to collect and then analysis of the data, specifically the methodology of Design Thinking, observing how people behave and how their experiences affect their reactions in relation to products and services, taking in consideration the emotional meaning of things and at the same time, the functional behavior. The case study took place in a private hospital of large size with more than 65 years providing services, in Curitiba/PR. Bibliography and documentation research were multidisciplinary, involving subjects like health, tourism, and hospitality in hotels, all of which were necessary in order to understand the object of this study. Field research was split in three phases, with a very distinct timeline. We spoke with 1,200 people in the first phase and analyzed 32,000 patients records in the second phase, all within the years of 2014 and 2015. With the results of the first and second phases, we came up with three profiles that utilize the hospital services, with that in mind, we were then able to put together specific products and services to each of the profiles analyzed. To validate the results from our research, we performed interviews, in the year of 2017, with the clients we identified by the profiles with the purpose to analyze the products and services offered to them. The most important results showed that the focus on the consumer's experience and their perception of the value as far as hospitality in hotels goes, provided us with direct information, giving us evidence of how the hospital in question is seen and perceived by its clients as well as what needs to be modified when it comes to the services provided. Analyzing those profiles was a facilitator, helping with the specific products and services based on the value's perception, valuing the hospitality practiced in hospitals and emphasize what is really important to the client. At the end, the final validation was completed through interviews with the patients that were staying at the hospital, legitimating the products and services we elaborated for each profile, which resulted in the satisfaction and

personalization in service, but more importantly, resulted in an unexpected response. The crowd we interviewed didn't comment too much on products and services, but did mention the value and the importance in their health and wellness, and that was the overall response, from every person, independent of their social and wealth status, humanization was the most valued item, and that showed us the client's fidelity to the hospital, and proof of that is that one hundred per cent of the people interviewed in the third phase mentioned they would continue to make use of the hospital, even though there are still so many flawed aspects in the hospitality in hospitals.

Key words: hospitality, hospitality in hospitals, health tourism

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – HOSPITALIDADE.....	46
FIGURA 2 – ORGANOGRAMA HOTELARIA.....	56
FIGURA 3 – SEXO DOS PACIENTES INTERNADOS – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	66
FIGURA 4 – FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	67
FIGURA 5 – ESPECIALIDADES – PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	67
FIGURA 6 - TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS PACIENTES – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	68
FIGURA 7 – REGIÃO GEOGRÁFICA - ORIGEM DOS PACIENTES INTERNADOS – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	68
FIGURA 8 – ESTADO CIVIL DOS PACIENTES INTERNADOS – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	69
FIGURA 9 – ESCOLARIDADE DOS PACIENTES INTERNADOS – JANEIRO À DEZEMBRO DE 2014 E 2015.....	69

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - AUTORES FILÓSOFOS DA ESCOLA FRANCESA, SUAS OBRAS E A RELAÇÃO COM A HOSPITALIDADE.	41
QUADRO 2 – AUTORES SOCIÓLOGOS E/OU ANTROPÓLOGOS DA ESCOLA FRANÇESA, SUAS OBRAS E A RELAÇÃO COM A HOSPITALIDADE.	42
QUADRO 3 – ESCOLA AMERICANA E SEUS PRINCIPAIS AUTORES.	43
QUADRO 4 – SINÔNIMOS DE HOSPITALIDADE	44
QUADRO 5 – OS TEMPOS/ ESPAÇOS DA HOSPITALIDADE HUMANA.....	47
QUADRO 6 – PERSONA 1 – PACIENTE MATERNIDADE.....	71
QUADRO 7 – PERSONA 2 – PACIENTE PARTICULAR.	73
QUADRO 8 – PERSONA 3 – PACIENTE TERCEIRA IDADE.	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DADOS QUALITATIVOS ETAPA 1	57
TABELA 2 – AVALIAÇÃO QUANTITATIVA FEV 2015.....	62
TABELA 3 – DADOS QUANTITATIVOS MAR 2015	62
TABELA 4 – DADOS QUANTITATIVOS ABR 2015	63

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agencia Nacional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTUR	Ministério do Turismo
OTPP	Organizações Turísticas Públicas e Privadas
ONA	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar
PCD	Pessoa com Deficiência
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde no Brasil
SPTURIS	São Paulo Turismo
SAC	Serviço de atendimento ao cliente
SPA	Saúde pela água
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO	14
1.2 PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO	18
1.3 JUSTIFICATIVAS TEÓRICA E PRÁTICA.....	19
1.4 ESTRUTURA DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
2.1 TURISMO DE SAÚDE	23
2.2 HOTELARIA HOSPITALAR.....	29
2.2.1 A evolução histórica e conceituação da Hotelaria hospitalar	29
2.2.2 Hotelaria hospitalar e Hospitalidade	34
2.3 HOSPITALIDADE.....	38
2.3.1 Hospitalidade, entendendo suas origens.....	38
2.3.2 Hospitalidade no Ambiente hospitalar.....	48
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	54
3.1 O ESTUDO DE CASO	54
3.2 DESENHO DA PESQUISA (ETAPAS 1, 2 E 3)	56
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS:.....	61
4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA 1	61
4.1.1 Análise das principais queixas do SAC (Serviço de Apoio ao Cliente) ...	65
4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA 2	66
4.2.1 Criação de Personas/ Produtos e Serviços.	69
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA 3.....	76
4.3.1 Resultado da entrevista - Persona 1 maternidade	77
4.3.2 Resultado da entrevista – Persona 2 - Particular	79
4.3.3 Resultado da entrevista – Persona 3 - Terceira idade.....	81
4.4 AVALIAÇÃO GERAL DAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS.....	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	90

1. INTRODUÇÃO

O termo hospitalidade é um assunto extenso e com muitas facetas interpretativas, por não ser tratado como um conceito de uma ciência exata, pode ser entendido e inserido em diferentes contextos. É preciso esclarecer que os assuntos abordados nesta pesquisa, não serão exclusivamente do segmento do Turismo. Para compreendermos de forma mais abrangente este estudo, foi necessário recorrer a autores de outros círculos de pesquisa, como a Administração e a Saúde, a fim de ampliar o conhecimento, para interpretar como a Hospitalidade está inserida no ambiente hospitalar. Assim, consideramos nesta pesquisa o estudo da Hospitalidade e da Hotelaria Hospitalar, entendendo como os mesmos estão inseridos no turismo de saúde, as formas de atendimento, a necessidade de qualidade nos serviços no segmento hospitalar e a humanização dos serviços hospitalares, para então, discutir teórica e intrinsecamente um estudo de caso, em um hospital particular de grande porte na cidade de Curitiba/PR.

Discutiremos em toda a extensão desta dissertação estes assuntos, e de forma mais aprofundada na fundamentação teórica. Para tanto, começaremos a compreensão desta introdução com um tema bastante peculiar aos conhecimentos do Turismo, a Saúde.

Quando o assunto é cuidar da saúde, cada pessoa tem uma reação e uma condição para fazê-la; seja ela financeira, psicológica, espiritual e/ou física. Saber de qualquer diagnóstico para com nossa saúde é assombroso, mesmo quando tratam-se de intervenções que nos proporcionam contentamentos, como a maternidade ou procedimentos cirúrgicos/estéticos, os mesmos também envolvem riscos à saúde e tensão pré-operatórias. É corriqueiro o sentimento de insegurança e medo, uma vez que, saímos da zona de conforto e controle, para entrar em um ambiente que não está mais sob nosso mando. Esses sentimentos causam diversas reações emocionais, na grande maioria delas negativas. Então, considerando esse contexto, como interpretar este público?

A hospitalidade tem em sua essência uma forma de relação humana baseada na ação recíproca entre visitantes e anfitriões. A discussão sobre a hospitalidade é muito mais do que uma simples difusão de técnicas de bom atendimento, pois depende de uma contestação prévia sobre os valores que devem fundamentar as

práticas de recepção. Valores novos devem ser propostos e debatidos livremente, mas nunca impostos (PRAXEDES, 2004).

No ambiente hospitalar, a hospitalidade também vem sendo aplicada como ferramenta comercial no que diz respeito à fidelização, uma vez que os clientes são leigos em medicina e enfermagem, usualmente avaliam os aspectos estruturais, a oferta de serviços e principalmente o comportamento das pessoas, tornando a capacitação dos colaboradores e a prática da hospitalidade primordiais nesse ambiente (BOEGER, 2003).

A hospitalidade hospitalar para Boeger (2004) “é a junção das necessidades comerciais da instituição, visando lucro, crescimento, e das necessidades sociais dos pacientes, familiares, colaboradores e médicos, que necessitam de acolhimento, de um atendimento hospitalareiro e um ambiente adequado e aconchegante, para suprir suas necessidades físicas, emocionais e espirituais”. Dessa forma, o cuidado é identificado como uma das maneiras mais praticadas de hospitalidade no setor de saúde. O cuidado, nesse contexto, transcende as necessidades assistenciais, podendo chegar ao cuidado com pequenos desejos do cliente, ou ainda, o respeito a determinados hábitos que possam não ter ligação direta e obrigatoriamente com a sua internação hospitalar, mas sim, com sua hospedagem durante os dias que transcorrem entre a chegada e saída do hospital.

Os hospitais são instituições consideradas complexas de serem administradas, e a despeito de seus esforços, necessitam de uma estrutura física e humana menos traumática ao paciente, podendo tornar a hospitalidade um agente fomentador de calor humano, em contraste com a típica frieza do ambiente hospitalar. “A hospitalidade pode e reduz radicalmente o sofrimento de pacientes e clientes, minimizando a dor para pacientes e familiares em momentos de dor e fragilidade” (GODOI, 2004). Poderemos exemplificar este diálogo de Godoi, quando evidenciamos na pesquisa de campo a importância que o acolhimento realizado pelas irmãs de caridade, fundadoras do hospital, e como a filosofia envolta pelas mesmas afetam diretamente os colaboradores e os incentivam a praticar a hospitalidade, inebriando o ambiente a ser menos impessoal.

Há iniciativas isoladas partindo de muitas instituições com sucesso e consistente benefícios bilaterais aos que se envolvem neste processo. “No entanto, tais iniciativas têm sido tímidas e cartesianas, envolvendo apenas um ou outro setor, e não abrangendo todo o universo de atuação dentro dos hospitais”. (GODOI, 2008,

p. 39).

É importante salientar que a hotelaria hospitalar não é sinônimo de luxo, mas sim de qualidade e conforto (em suas mais amplas asserções, podendo exprimir o conforto ambiental, o conforto físico ou ainda conforto psicológico do paciente).

Através da inclusão de serviços genuinamente hoteleiros no hospital associado aos serviços de apoio e aos serviços específicos, é possível integrar ao ambiente hospitalar noções de hospitalidade; respeitando as regras, funções e especificidades desse local. “Investir em hotelaria hospitalar é investir em qualidade, uma vez que se produzem serviços melhores, alcança-se uma posição financeira melhor, maior bem-estar para os clientes de saúde, menor giro do cliente interno e uma imagem melhor”. (TARABOULSI, 2004, p. 184).

Verifica-se a importância da hotelaria hospitalar e a tendência na adoção pelo setor de saúde, tida como irreversível para pesquisadores como Godoi (2008), Boeger (2003; 2004) e Taraboulsi (2004), por não se tratar apenas de uma opção institucional, mas de uma exigência do mercado e de seu público. De acordo com Taraboulsi (2004), “a hotelaria hospitalar faz uma interface com praticamente todos os serviços prestados pelo hospital, desde serviços de apoio, até os serviços-fim do hospital, ou seja, atendimento médico e de enfermagem”. Em nosso estudo de caso, a Hotelaria Hospitalar faz exatamente a ligação com os setores de apoio, servindo como um sistema nervoso central, comunicando a todos como o cliente de saúde se encontra, físico ou psicologicamente, e se estável, ou alterado, é o responsável por providenciar o cumprimento de suas necessidades.

Boeger (2003, p. 31) relata que “[...] a hospitalidade hospitalar também pode ser compreendida como a humanização do atendimento do cliente de saúde (pacientes, acompanhantes e familiares).” Através da humanização dos ambientes hospitalares nas instituições de saúde, a hospitalidade pode ser considerada como fator de escolha para realização de um tratamento, neste caso para instituições privadas, como também de recomendação para amigos e familiares, visto que, propicia o contato com os outros pacientes e colaboradores, conhecimento de outras culturas e diversidade de comportamentos.

Para Taraboulsi (2004, p. 180), “a interação entre hotelaria e hospitalidade funciona como uma questão básica de implicação, isto é, não há menor possibilidade da existência da primeira sem a coexistência da segunda, gerando assim a empatia”. Para tanto, o autor sugere que a hospitalidade leva o indivíduo a praticar, de forma

espontânea, o que se passa em seu íntimo, ao se utilizar de simpatia e cortesia atingir-se-á a qualidade e a eficiência dos serviços que estão sendo ofertados naturalmente (TARABOULSI, 2004).

Há aproximadamente vinte anos, a hotelaria hospitalar não fazia parte do contexto brasileiro, e quando mencionamos hotelaria hospitalar, este nos remete a serviços prestados apenas em hospitais particulares. Isto, pois essa situação é comumente aplicada em hospitais com maiores recursos ou investimentos financeiros devido à necessidade de infraestrutura e de pessoal especializado, o que em geral não encontramos no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2013) 48% dos brasileiros procuram a unidade básica de saúde para atendimento médico e, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), divulgada pelo IBGE com dados de 2013, consultórios particulares ou clínicas privadas são referência para 20,5% da população. Ainda segundo as estatísticas, 28% do país tem plano de saúde, sendo que essa porcentagem varia muito entre cada região. No Sudeste, 36,9% das pessoas têm plano de saúde, enquanto, no Sul, a parcela é de 32,8%. Já no Norte e Nordeste, as taxas caem para, respectivamente, 13,3% e 15,5%. De acordo com a Agência Nacional de Saúde – ANS (ANS, 2016) o Paraná representa 5,83% de total de beneficiários de planos de saúde a nível Brasil, estes beneficiários são parte deste estudo de caso, pois a pesquisa foi realizada em um hospital particular da cidade de Curitiba, onde mostrou que 90% dos internados participantes das entrevistas eram da própria cidade de Curitiba e Região Metropolitana e usuários de planos de saúde. Quando nos referimos a hospitais particulares, estamos tratando de um cliente que vai comprar um produto, o tratamento, os serviços e a assistência, e sabem muito bem o que há no mercado.

Esse mercado também dispõe da atuação dos profissionais de turismo e hotelaria. Devido a ampla abrangência do setor que compõe o turismo, é importante considerar suas especificidades e campos de atuação do profissional. O profissional em turismo encontra campos de atuação tradicionais, alguns consolidados no mercado, mas também, surgem novas possibilidades a estes profissionais do setor, dentre elas a hotelaria hospitalar tem apresentado grandes oportunidades no mercado brasileiro.

Dessa forma buscamos destacar nesta pesquisa, como a hospitalidade pode transpor a realidade das estruturas físicas, incluindo a falta de investimentos de itens considerados “mimos”, “amenidades”, “produtos da hotelaria tradicional” no setor da hotelaria hospitalar. Consideramos que uma experiência positiva e acolhedora através de produtos e serviços personalizados e de baixo custo e, através das premissas da hospitalidade comercial, social e hospitalar podem contribuir para a percepção de valor vivenciada pelos pacientes internados.

De forma geral, entendemos que o papel da hospitalidade em hospitais relaciona-se à receptividade e à estada do cliente de saúde durante seu período de tratamento, sendo ferramenta que pode transformar o estado emocional do paciente (hóspede), de forma a deixá-lo mais seguro para enfrentar os procedimentos médicos.

Para esclarecer de forma mais focal cada propósito desta pesquisa, evidenciaremos nos próximos subtópicos o objeto de estudo desta dissertação, suas problemáticas e objetivos, junto as justificativas e a estrutura adotada, posteriormente introduziremos a fundamentação teórica como arcabouço para a pesquisa de campo.

1.1 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO

O hospital particular, escolhido intencionalmente como estudo de caso, tem como características a preocupação com seu cliente de saúde, seu bem estar, seu conforto e sua espiritualidade, muito por se tratar de um hospital fundado por Irmãs Vicentinas e, ter cunho religioso.¹ Estas características são, segundo a Irmã superiora M.F (diretora do Hospital), a forma de servir a Jesus Cristo na pessoa do próximo, através do amor e doação. Durante toda sua história, a Instituição tem cultivado em sua essência, o permanente comprometimento das Irmãs filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, o que move o dia a dia da comunidade hospitalar.

Por meio da Pastoral Hospitalar, o Hospital leva a palavra de Deus e presta assistência religiosa aos pacientes, os clientes internados que não professam a fé católica, também podem receber visita de seus líderes espirituais. As irmãs fundadoras acreditam que a saúde não depende apenas do corpo, mas também da

¹ As informações apresentadas neste subtópico foram vivenciadas pela autora no período em que trabalhou como Coordenadora de Hotelaria no hospital. Outras informações coletadas de conversas/entrevistas informais com as irmãs superintendentes foram transcritas neste capítulo, utilizando-se de suas iniciais para a preservação de suas identidades.

alma. Ao questionar a irmã L.D (Coordenadora da Pastoral) sobre a importância do catolicismo na área da saúde, entendemos que o catolicismo na assistência à saúde vem dos primórdios do século IV no império Romano de Constantino, o que também encontramos nos relatos de Porter (2001) quando afirma que os primeiros hospitais relacionam-se ao cristianismo no Império Romano, o triunfo da fé cristã teria trazido à tona os cuidados de enfermagem e a invenção do hospital como uma instituição de cuidados à saúde, afinal "Cristo tinha feito curas milagrosas, dando visão aos cegos e tirando o demônio dos insanos" (PORTER, 2001). Para Pereira (2005) com o cristianismo, a caridade tornou-se uma virtude suprema e os fiéis eram estimulados a cuidar dos necessitados. "Após tornar-se religião oficial, graças à conversão do Imperador Constantino, os hospitais apareceram como fundações devotadas e com ordens religiosas dedicadas a servir às pessoas". (PEREIRA 2005).

Os hospitais de caridade, mencionado por Porter (2001) e Pereira (2005), eram controlados por religiosos e, muitas vezes, o termo mais adequado para caracterizá-los era o de "albergue", pois, geralmente, funcionavam dentro dos próprios mosteiros, com pouco mais de doze camas e um par de frades encarregados dos cuidados. Nos países católicos, essas instituições cresceram, nos séculos XVI e XVII, paralelamente ao crescimento da população. (PORTER, 2001).

A origem da companhia das filhas da caridade, a qual as irmãs pertencem, foi fundada no século XVII por São Vicente de Paulo e Santa Luísa de Marillac. Trata-se de uma sociedade de vida apostólica, que possui os conselhos evangélicos de pobreza, castidade e obediência, para servir aos pobres, tanto corporal quanto espiritualmente. L.D salienta que Vicente de Paulo percebeu a necessidade de organizar a caridade que já estava presente no coração das pessoas. A partir disso, o profeta deu vida à primeira Confraria das Senhoras da Caridade e, posteriormente, à Companhia das Filhas da Caridade, que, inspirada pelo carisma vicentino, atua hoje no mundo todo.

Em Curitiba, as obras iniciaram em 1904, com a chegada das Irmãs Luiza Olsztynska, Natália Zietak e Leocádia Suchoswiat. Vindas da Polônia, fizeram trabalhos com grandes resultados e novas casas foram abertas. Entre elas, o Hospital estudado fundado em 1953. Segundo a Agência Católica de Informações (ACI, 2010) O Pontifício Conselho para a Pastoral da Saúde (PCPS), no marco de seu 25º aniversário de fundação, deu a conhecer que a Igreja Católica administra e serve 26% dos centros hospitalares e de ajuda na área da saúde que existem em todo mundo.

Conforme assinala a nota de imprensa, a Igreja tem 117 mil centros de saúde, incluindo hospitais, clínicas e casas de alojamento para órfãos; assim como 18 mil dispensários e 512 centros para a atenção de pessoas com lepra. Com estas considerações concedidas pelas irmãs, identificamos como o cunho religioso faz-se presente todos os dias no cotidiano do hospital, e é a partir destas premissas que toda a conduta, a visão, a missão e os valores da companhia foram preconizados.

O setor de Hotelaria hospitalar não é diferente, sempre foi administrado ou acompanhado pelas irmãs desde a fundação, que moram e administram o hospital.

Além do acompanhamento operacional sempre houve o acompanhamento social. Por ser um setor constituído de pessoas com baixo nível de instrução, baixa renda e com problemas sociais, este setor nunca foi terceirizado. Para Martins, (2001, p.84), a terceirização “consiste em contratar um terceiro para a realização das atividades que não constituem o foco principal da empresa”. Essa contratação pode envolver a produção de bens como serviços que ocorre à necessidade de contratação dos serviços de limpeza e vigilâncias ou até de serviços temporários. Segundo a diretora da instituição M.F estas pessoas precisam sentir que o ambiente de trabalho é acolhedor e seguro, deixando claro que se importam com o bem estar e a motivação destas equipes de base. Este dado também é corroborado pela informação de que existe um baixo índice de rotatividade e absenteísmo do setor de hotelaria hospitalar, informação referente aos últimos cinco anos (dados do Setor de Recursos Humanos do Hospital, 2016). Terceirizar um setor, traz a instituição benefícios como redução dos custos operacionais, mas perde-se a essência da missão e dos valores da empresa, pois os colaboradores contratados não estão vinculados as lideranças do grupo diretamente, e sim a sua gestão contratual, o que afeta e impede o envolvimento emocional com a instituição e a operação não é conduzida de maneira humanizada e espontânea.

Vários organogramas ao longo dos anos formaram o setor de hotelaria, englobando gerências, coordenações, supervisões, encarregados e auxiliares de higienização e lavanderia. Entre os anos de 2013 à 2016 o setor foi composto pela Coordenação de Hotelaria com: três supervisões de operação, sete encarregadas, um auxiliar administrativo, 50 auxiliares de lavanderia (sendo três costureiras), 144 auxiliares de higienização e seis coletores de resíduos, totalizando 212 pessoas. Os turnos eram divididos em escalas de trabalho: 12 por 36 horas noturnos e diurnos, entre os higienizadores e, escalas de trabalho: 44 e 36 horas semanais para os demais

auxiliares. Neste escopo eram integrados também, 16 colaboradores com deficiências (PcD) envolvidos na operação diária de auxiliares.

É importante salientar que o setor de hotelaria em muitos hospitais, e em sua maioria, hospitais de grande porte, é detentor de uma estrutura muito maior do que encontramos no hospital estudado. Segundo bibliografias como a de Taraboulsi (2004) e Boeger (2003; 2009) os setores de manutenção predial, nutrição e dietética, higienização, processamento de roupa, confecção, portarias sociais, seguranças patrimoniais, jardinagem e resíduos compõem o organograma habitual. No hospital estudado, a hotelaria era composta por lavanderia, higienização, jardinagem e resíduos. O setor de nutrição e de manutenção não fazia parte do escopo. Estes setores respondiam a mesma diretoria executiva, mas cada qual com uma coordenação específica.

A infraestrutura da hotelaria do hospital estudado nunca foi o ponto focal da diretoria, as irmãs sempre priorizaram a simplicidade dos leitos e o investimento sempre foi realizado no parque tecnológico/cirúrgico. Porém no ano de 2002 a instituição passou por uma mudança de diretoria administrativa e com ela foi realizada uma reforma significativa no setor da hotelaria, onde uma ala composta por 21 leitos, localizado no 4º andar posto 1, foi inteira reformulada aos clientes particulares, entre eles, a construção de seis suítes com 50 m² cada, contendo: ar-condicionado, decoração especial, frigobar, micro-ondas, cafeteira, closet e acabamentos com mármore e persianas elétricas.

Após a reforma dos vinte e um leitos concluída, havia a programação de melhoria de todas as demais unidades de internamento do hospital, sendo realizada gradativamente durante os anos seguintes. Com o passar do tempo, apenas 10% dos 160 leitos restantes de unidades de internamento foram beneficiados com a compra de camas elétricas e melhorias como: pintura, troca de pisos e substituição dos sofás-camas. Até o ano de 2016 somente a renovação dos equipamentos de televisão tinha sido realizada integralmente (substituição de Tv's 14" de tubo, por aparelhos de led 32").

O investimento em enxovais de melhor qualidade, nunca foi aprovado pela diretoria, pois não os consideravam itens de primeira relevância. Os itens de roupa eram compostos por: lençóis e fronhas 140 fios com o logotipo do hospital (dentre as categorias de lençóis institucionais é considerado o mais simples), kit com toalhas de banho, rosto e piso com gramatura de 500g/m² também personalizadas com o

logotipo, cobertores antialérgicos e travesseiros feitos de espumas trituradas pelas costureiras do hospital. Com o passar do tempo, o desgaste das roupas tornam-se muito evidentes, o que tornava o enxoval uma fragilidade do setor. A compra e a troca dos enxovais era realizado conforme a necessidade e o orçamento, não existindo quatro enxovais completos por leito, conforme as premissas dos fornecedores para uma maior durabilidade dos mesmos. Isso tornava este item um dos principais foco de atenção, conforme evidenciado nas entrevistas com os pacientes na primeira etapa como um dos itens de maior reprovação. Para elucidar melhor estas questões, veremos abaixo as problemáticas levantadas para a resolução de boa parte destas demandas.

1.2 PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO

Alguns questionamentos nortearam a construção da problemática aqui estudada: De que forma a hospitalidade contribui para a conformação de serviços, a otimização do atendimento e a humanização na Hotelaria Hospitalar? Quais os produtos mais adequados para atender aos itens de serviços valorizados pelos pacientes e conformar produtos da Hotelaria Hospitalar de acordo com seu perfil e preferências? O que é importante para cada perfil de paciente na prestação de serviços? Que produtos são adequados para cada perfil identificado e qual a viabilidade de cada proposta de produto?

Entende-se que esses questionamentos são provenientes tanto da nossa observação cotidiana – devido ao trabalho desenvolvido na instituição pesquisada durante três anos – bem como das leituras realizadas sobre o tema, hotelaria hospitalar.

Assim, será através dos conceitos de hospitalidade, hotelaria hospitalar e o estudo de caso do Hospital X que buscamos compreender a relação entre a hospitalidade e os serviços de hotelaria hospitalar e, fornecer possibilidades de melhoria da hotelaria hospitalar no hospital estudado.

O objetivo geral desta dissertação é analisar a contribuição da hospitalidade para os serviços de hotelaria hospitalar do Hospital X tendo como objetivos específicos:

- Identificar os pontos nevrálgicos do setor de Hotelaria Hospitalar do Hospital X, pela ótica dos pacientes, considerando acomodações, infraestrutura, tecnologia, nutrição e assistência/atendimento.
- Conformar produtos e serviços para cada grupo de *personas* criadas a partir dos públicos alvos identificados.
- Avaliar as opiniões dos públicos alvos frente aos produtos apresentados.

A diretriz deste estudo é a hospitalidade comercial, com base na hospitalidade social, conforme destacado por Lashley e Morrison (2004) em seus estudos. Considerando que o Hospital X cobra de seus clientes pelos serviços prestados (por meio de plano de saúde, de forma particular, ou do Sistema Único de Saúde), ocorre a prática da hospitalidade comercial ao fornecer serviços assistenciais ou hoteleiros ao cliente, uma vez que está sendo remunerado. Entretanto, por considerar a relação existente entre profissionais de saúde e a condição vulnerável em que o cliente se encontra, pratica-se também a hospitalidade social, em que muitas necessidades são atendidas gratuitamente, sem esperar qualquer reciprocidade (BOEGER, 2003).

A hospitalidade no sentido comercial está ligada a atitudes preestabelecidas que definiram previamente o ambiente em que o serviço irá ocorrer, tornando o ambiente hospitaleiro e, padronizando a atitude dos profissionais que atendem. É uma experiência de serviços, repetível, ocorrendo em grande escala (BOEGER, 2003). Neste caso, o papel da instituição para alcançar a lealdade dos clientes, conforme Wada destaca (2003, p. 69) é identificar, recrutar, desenvolver e delegar poderes a pessoas para serem hospitaleiras. Entenderemos com maiores detalhes estas abordagens nas justificativas redigidas abaixo.

1.3 JUSTIFICATIVAS TEÓRICA E PRÁTICA

Este estudo de caso busca apresentar como a hospitalidade (conceito e prática) pode influenciar a satisfação dos pacientes (clientes de saúde) e como o estabelecimento de saúde pode agregar valor a seus produtos com enfoque na forma natural e não mecânica de ajudar a equilibrar o estado emocional do paciente em momentos, em geral, de muita fragilidade. Dessa forma, pretende-se através dos conceitos de hospitalidade compreender como o ambiente hospitalar pode se beneficiar e agregar valor ao seus produtos e serviços.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente trabalho nos traz em sua introdução o contexto da pesquisa, expondo uma breve síntese do turismo de saúde e o conceito da hospitalidade na hotelaria hospitalar. A problemática apresenta a relação entre hospitalidade e os serviços de hotelaria hospitalar e, fornece novas possibilidades de mercado da hotelaria no hospital estudado. Adicionalmente apresenta dados gerais do objeto de estudo e o objetivo geral desta dissertação: analisando a contribuição da hospitalidade para os serviços de hotelaria hospitalar do Hospital X.

Para a fundamentação teórica, realizamos uma abordagem em três pilares principais: O turismo de saúde, a Hotelaria Hospitalar e a Hospitalidade. Compreenderemos qual a importância do turismo de saúde para o nosso segmento, seu crescimento contínuo devido à busca da saúde nos tratamentos de cura e/ou nos procedimentos estéticos, e também a busca do bem estar (psíquico). Optamos como entendimento do tema o uso de autores como Godoi (2004,2008; 2009) Silva e Barreira (1994), Andrade (1976), Buchalla (2003), além das orientações básicas do Ministério do Turismo.

Dentro deste contexto, entendemos como a Hotelaria Hospitalar se funde neste tema (como hospedagem, alimentação e, recepção) dos clientes de saúde, sua natureza, a importância que vem recebendo no mercado tendo como base, autores como Boeger (2003; 2009; 2011), Taraboulsi (2004), Godoi (2003; 2008; 2009; 2011), Moraes, Cândido e Viera, (2004) e qual o papel da hospitalidade a fim de, desenhar todo um arcabouço de denominações para o tema e como ele se aplica na construção dos serviços apontados na pesquisa desta dissertação.

É importante mencionar que os conceitos de hotelaria hospitalar apresentados na revisão de literatura foram baseados em autores nacionais, visto que a literatura internacional não reconhece o termo Hotelaria Hospitalar de acordo com os conceitos operacionais de nossa realidade. Assim, optamos em aprofundar nossa pesquisa em autores nacionais, principalmente pela vivência no mercado de trabalho brasileiro, conforme relatados em seus livros e artigos, de forma que, foi possível comparar as realidades das instituições de saúde nacionais apresentadas nesses trabalhos, com a realidade do Hospital X estudado.

Quando pesquisamos o tema hotelaria hospitalar em artigos e livros estrangeiros, encontramos apenas a denominação relacionada à hospitalidade (*hospitality*) e (*Hospital; Hotel; Services*) este, como palavras distintas. O mais próximo do tema que encontramos foi a comparação dos serviços de hotelaria tradicional nos hospitais como aspectos diferenciais, que pudemos evidenciar no artigo: *What do hotels and hospitals have in common? How we can learn from the hotel industry to take better care of patients*, de Zygourakis, Rolston, Treadway, Chang e Kliot (2014). E a hospitalidade como aspectos da experiência e percepções dos pacientes enquanto internados, encontrados nos artigos: *The application of Hospitality Elements in Hospitals*, de Ziqi Wu (2013); e *Factors affecting the quality of hospital hotel services from the patients and their companions' point of view: A national study in Iran*, de Shirzadi, Raeissi, Nasiripour e Tabibi (2016).

Todos os artigos analisados não estudam a hotelaria hospitalar como um setor operacional dentro do ambiente de saúde e, nos trazem somente aspectos de percepção e comparação dos serviços hoteleiros. Nenhum livro específico sobre o tema foi encontrado.

No capítulo Hospitalidade os autores, Camargo (2003; 2004; 2007; 2008) e Lashley e Morrison (2004) encontram destaque por suas pesquisas estarem relacionadas ao tema, e apresentarem conceitos da hospitalidade em faces sociológicas e antropológicas, desde a suas origens com as primeiras civilizações, categorizando a existência do tema em pelo menos cinco grandes grupos distintos, distinguindo os em panoramas e contextualizando com exemplos contemporâneos.

O método escolhido para a pesquisa é um estudo de caso exploratório com análise de dados qualitativos e quantitativos, englobando três etapas de pesquisa de campo. No período de dois anos (2014 à 2015) foram realizadas duas etapas da pesquisa, e a terceira realizada no ano de 2017 para a conclusão desta dissertação.

No capítulo da análise dos resultados, realizamos a junção das três etapas da pesquisa, e apresentamos como cada qual contribuiu para a construção dos produtos e serviços da hotelaria com base nas premissas da hospitalidade para o desenvolvimento dos produtos e serviços no ambiente hospitalar atendendo de forma mais personalizada cada perfil identificado.

Na conclusão, calhamos o quão é importante o conhecimento da preferência dos clientes de saúde que frequentam a instituição analisada, foi através deste panorama que conseguimos identificar o que eles realmente gostariam e se

identificavam em um momento de muita fragilidade enquanto internados. Percebemos que a hospitalidade e a humanização são alentos a estes clientes, e que a Hotelaria Hospitalar é um instrumento para transformar a hospitalidade em serviços e produtos específicos a este público, além de atrair, fidelizar e acalantar os clientes enquanto fragilizados e vulneráveis.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo estudaremos os três pilares teóricos desta dissertação: o turismo de saúde, a hotelaria hospitalar e a hospitalidade. Trouxemos uma pesquisa mais recente no que se diz respeito aos números e à representatividade do turismo de saúde para o nosso segmento, suas divisões, como o turismo médico e o turismo de bem estar, interligando o turismo médico à Hotelaria Hospitalar. Como dito anteriormente, a literatura deste conjunto é escassa, e mesmo com este tema sendo pouco abordado, trouxemos a visão de autores que estão envolvidos neste segmento e apresentam exemplos e aplicabilidade; e, por fim a hospitalidade e suas muitas facetas e interpretações. Focaremos principalmente na hospitalidade comercial e na hospitalidade social que abrange nossa pesquisa.

2.1 TURISMO DE SAÚDE

Seguramente, um dos mais antigos desafios da humanidade está na manutenção da saúde e no prolongamento da vida. As viagens motivadas por problemas ligados à saúde são uma das mais antigas manifestações do turismo conhecidas. Viajar a procura de recursos para preservar a saúde, tratar doenças ou buscar a cura para males e enfermidades, sempre moveu uma grande quantidade de pessoas à procura dos mais diversos tratamentos onde quer que estes se encontrem (GODOI, 2008). A exemplo disso foi Thomas Cook, considerado o pai do turismo moderno, que em 1841, organizou a primeira viagem coletiva da história do turismo internacional, ao andar 15 milhas e transportar 578 pessoas, de Loughborough a Leicester, na Inglaterra, a fim de participar de um congresso contra o alcoolismo (SANTOS, 2010).

A saúde é afrontada pela grande maioria das pessoas como o bem mais precioso que um ser humano pode possuir, envidando para isso todos os esforços ou recursos financeiros necessários para manter a saúde ou resgatá-la, mesmo que para isso tenha que dispor de grandes somas, ou que viajar grandes distâncias. (GODOI, 2008). Fica evidente em nossa pesquisa que isso é corriqueiro no dia a dia do hospital estudado, visto que, muitos dos entrevistados residiam nas cidades metropolitanas a Curitiba e em estados como São Paulo e Santa Catarina.

Segundo dados do IBGE (IBGE, 2013), as famílias brasileiras gastaram R\$ 103,2 bilhões com despesas de saúde no ano de 2005. Dados extraídos da mesma pesquisa mostram que no geral, as atividades ligadas à saúde no Brasil geraram R\$ 97,3 bilhões de valor adicionado ao Produto Interno Bruto - PIB e responderam por 3,9 milhões de empregos, (4,3% do total do país).

De acordo com o Ministério do Turismo (BRASIL. MTUR, 2010), o estrangeiro que vem ao Brasil por motivos de saúde é o que permanece por mais tempo (em média 22 dias) e um dos que mais gasta (US\$ 120 por dia). A mesma fonte indica que em 2003, os grupos de turistas que chegavam ao país, motivados por tratamentos médicos representaram 0,5% dos estrangeiros que desembarcaram, em 2005, a porcentagem chegou a 0,9% (aproximadamente 48,6 mil pessoas).

Neste estudo de caso, a permanência dos clientes de saúde no período da pesquisa (2015), mostrou que no mês de fevereiro a permanência foi em média de 3,8 dias, no mês de março 3,4 e no mês de abril 3,2, estes dados representam a média que o paciente permanece no leito conforme seu procedimento cirúrgico e sua recuperação, o que depende da especialidade de cada instituição de saúde. No Brasil, segundo a ANAPH – Associação Nacional de Hospitais Privados, no ano de 2017, a média de permanência dos 86 Hospitais privados associados foi de 5,4 dias. Já o giro de leitos representa quantas vezes os leitos foram utilizados dentro do mês, e a média em nossa pesquisa foi: fevereiro 5,12 vezes, março 6,88 vezes e abril 6,53 vezes, o que comprova que, quanto maior for o giro, mais vezes este leito poderá ser utilizado. Em trinta dias, dos 184 leitos de unidades de internação do hospital, exceto UTI's, todos os leitos foram utilizados pelo menos 6,7 vezes. Referente a receita gerada neste recorte de tempo, a instituição não nos abriu esta informação, por se tratar de uma informação sigilosa da instituição.

Andrade (1976), afirma que turismo de saúde é o conjunto de atividades turísticas que as pessoas exercem na procura de meios de manutenção ou aquisição de bom funcionamento e sanidade de seu físico e de seu psiquismo. Já para Buchalla (2003), o turismo de saúde é uma tendência que agrega não somente serviços vendidos por hospitais envolvendo internações hospitalares e cirurgias, mas também *check-ups* e exames realizados em conjunto com atividades de lazer e ou viagens a negócios ou férias.

Da mesma forma Godoi (2008, p. 25) considera que o turismo de saúde envolve uma ampla gama de serviços externos e internos ao ambiente hospitalar; considerando que a amplitude desses serviços que podem ser usufruídos pelos pacientes e acompanhantes ultrapassam os limites físicos de um hospital.

O Ministério do Turismo caracteriza desde 2006 o turismo de saúde como atividades turísticas recorrentes da utilização de meios e serviços para fins médicos, terapêuticos e estéticos (BRASIL. MTUR, 2006). O documento ainda ressalta que os termos turismo hidrotermal, turismo hidromineral, turismo hidroterápico, turismo termal, turismo de bem-estar, turismo de águas, turismo medicinal, turismo médico-hospitalar, entre outros, podem ser compreendidos de maneira genérica como Turismo de Saúde (BRASIL. MTUR, 2006).

A busca pela saúde não se restringe a um local próximo, pois a tecnologia propiciou a diminuição das distâncias e também o crescimento do setor de viagens e turismo, facilitando o deslocamento e encurtando o tempo de viagem. Hoje é possível realizar tratamentos de saúde em diferentes locais o que caracterizou um novo movimento de globalização da saúde, por facilitar a cura ou, pelo menos, melhorar a qualidade de vida de um indivíduo, e que talvez no seu local de origem não fosse possível realizar (GODOI, 2009). Prova disso, são os dados extraídos em nossa pesquisa na etapa dois desta dissertação, onde evidenciamos na figura 7, que os pacientes de saúde internados no hospital estudado no período de 2014 e 2015 eram provenientes, na sua grande maioria, da cidade de Curitiba, mas com um número bastantes significativo das cidades metropolitanas, sendo as cidades de: São José dos Pinhais, Colombo, Pinhais, Araucária, Campo Largo, Almirante Tamandaré, Piraquara e, também Paranaguá. Cidades do interior de São Paulo também foram evidenciadas, como Itararé, Itapeva, Registro e Rezende, o que indica que a busca da saúde fora do seu local de origem, é comum e cada vez mais frequente. Tal fato preconiza que o turismo de saúde apresenta algumas características que o diferenciam das demais formas de turismo, dentre elas está a ausência da sazonalidade. A procura por serviços médico-hospitalares ocorre durante todo o ano, não importando por exemplo, o clima. (GODOI, 2008).

No Brasil, o conceito de turismo de saúde, na literatura está muito relacionado ao termalismo, que se realiza em cidades comumente chamadas de estâncias², sendo o país, um exemplo do uso inicial de suas fontes de modo muito parecido com a utilização na Europa. De fato, com o passar dos anos, o nosso termalismo passou a ser associado às atividades de cassino e recreação. Esse desvio de pensamento e demanda mercadológica ocorreu, pois, “[...] aliava-se o jogo à necessidade de férias, recreação, contato com a natureza [...]” (SILVA; BARREIRA, 1994, p. 18), ou seja, o tratamento de saúde era neste momento entendido apenas como simples contato com a natureza, onde o indivíduo cansado da vida urbana pudesse descansar próximo à natureza, além de poder usufruir de equipamentos de recreação em especial o cassino. A essência do termalismo nesse período associada às atividades de cassino, teve seu fim decretado em 1946, quando, o então presidente da República do Brasil Eurico Gaspar Dutra, proibiu o jogo, e tornou o cassino ilegal. Assim, o investimento no turismo de saúde, foi decrescendo “[...] muitas vezes provocou-se a descaracterização da localidade como estância, que foi perdendo o seu maior diferencial mercadológico.” (SILVA; BARREIRA, 1994, p. 18).

A combinação de preço baixo e boa qualidade atraem viajantes para um mercado que cresce de 20% a 25% ao ano, de acordo com dados da Patients Beyond Borders, editora americana de guias de viagem especializada no setor. No site desta mesma editora (2016) existem as descrições dos muitos destinos do mundo em que se comercializam roteiros relacionados ao turismo de saúde. O Brasil é descrito como um país com preços variáveis, mas bastantes acessíveis para cirurgias e tratamentos de saúde, chegando a ser 25% a 40% mais baratos se comparados aos valores praticados nos EUA, dependendo da especialidade a ser tratada. Destaca-se também que os maiores destinos receptores em nosso país estão no Rio de Janeiro e São Paulo e cidades como: Santos, Recife e Porto Alegre também são mencionados.

De acordo com dados do Ministério do Turismo em 2013, cerca de 180.000 estrangeiros desembarcaram no Brasil em busca de algum tratamento (BRASIL. MTUR, 2007-2013).

A procura por atendimento cresce de 10% a 12% ao ano, desde 2006, afirma Galletta, gerente de relações internacionais do Hospital Israelita Albert Einstein, em

² “Estância é a denominação oficial adotada no Brasil e que corresponde, na milenar Europa, a “estações”, naquele continente classificadas em termais ou hidrominerais, climáticas e balneárias”. (PUPO, 1974, p. 35)

São Paulo em reportagem à Veja Saúde (2014). A mesma reportagem destaca que as cirurgias plásticas e procedimentos de alta complexidade, como tratamentos oncológicos e operações neurológicas e cardíacas, são os mais procurados pelos pacientes que vêm para o Brasil. Cerca de 18% da demanda de estrangeiros que procuram o Brasil para serviços de saúde sem ser países limítrofes são provenientes de Angola, na África. Apenas os EUA, com 20% e França, com 19%, ultrapassam este país africano. O segmento do turismo médico, caracterizado pelo vai e vem de estrangeiros em busca de tratamentos de baixa, média e alta complexidade, atingiu o faturamento de R\$ 3 bilhões no país em 2013, com projeções de crescimento de 43% nos próximos anos, segundo a consultoria Deloitte (2013).

O turismo de saúde ainda não é mensurado na amplitude que alcança em relação às demais formas de turismo existentes. Em parte isso ocorre pela falta de interesse público em mapear tais fluxos, ou ainda pelos métodos de mensuração que não costumam abranger Spas, clínicas médicas e hospitais como lugares relacionados à atividade turística. Cabe destacar que há também um número considerável de utilização da estrutura da saúde, de forma a complementar o objetivo principal da visita. Assim, uma visita a lazer ou a negócio pode, por exemplo não registrar também uma cirurgia plástica realizada por este turista (GODOI, 2008).

Nesta pesquisa não abordamos com os pacientes entrevistados se os mesmos, ou os acompanhantes, usufruíram dos equipamentos turísticos da cidade, da alimentação externa ao hospital e dos serviços de hospedagem, estas questões poderão ser aprofundadas em estudos futuros a esta dissertação, onde poderemos avaliar, ou ao menos mensurar estes dados, para a contribuição do setor turístico da cidade enriquecendo as estatísticas que hoje são muito tímidas, como comprova Godoi em suas argumentações.

Essa prática de turismo pode permitir uma maior mobilidade da promoção de serviços de ordem preventiva ou curativa que não estejam vinculados às épocas tradicionais de viagens destinadas a lazer, o que fomenta a economia da localidade e muitas vezes promove o destino como referência em tratamentos de saúde.

Hoje, o discurso e a prática no mercado brasileiro é outro, pois identifica-se o turismo de saúde como um segmento que abrange o termalismo, o turismo médico, o turismo de bem estar e compreende todas as pessoas que viajam em busca da cura, prevenção ou bem estar (MTUR 2010). Essa movimentação oriunda das atividades relacionadas ao turismo de saúde tem levado ao surgimento de uma modalidade de

hotéis chamada de hotel médico; outra modalidade de hospitais conhecida como hospital hotel, notadamente hospitais que introduziram a hotelaria hospitalar em seus serviços além de muitos outros modelos que tem procurado adaptar-se à nova realidade do mundo globalizado no intuito de atender ao novo perfil do cliente de saúde, que se apresentam mais crítico e exigentes. Com estas caracterizações o contexto do turismo de saúde e, em específico do turismo médico-hospitalar é colocado em pauta nas nomenclaturas atuais do segmento. Segundo Frozé e outros (2010³, p. 38 citado por RIBEIRO, 2013) cada vez mais comum se ouvir termos como *Medical Tourism, Medical Travel, Health Tourism, Global Healthcare*, para o segmento de turismo de saúde. Dados do *site* Britcham (2008) sobre o Seminário Turismo de saúde no Brasil: mercado em ascensão, realizado pela Câmara de Comércio Britânica em Setembro de 2008, em São Paulo, destacam-se nomenclaturas novas como o termo *brokers* no contexto do turismo de saúde, referindo-se às empresas facilitadoras responsáveis pela captação de pacientes dentro e fora do país. Outro termo também mencionado foi *Medical Concièrge*, correspondente às empresas que oferecem serviços complementares aos pacientes e acompanhantes durante a permanência no local para o tratamento de saúde.

Não só as empresas estão se especializando neste mercado, como também os profissionais, e isso inclui o Bacharel em Turismo. Este profissional agrega um conhecimento multidisciplinar apresentando a interseção de saberes e de procedimentos de várias ciências que compreendem parte da estruturação de planejamento, organização e desenvolvimento de serviços essenciais durante a estadia do paciente e o acolhimento de seus familiares. Pesquisando mais a fundo sobre os profissionais que atuam na área hospitalar e na hotelaria, encontramos dados do Simpósio de Hotelaria Hospitalar do hospital Israelita Albert Einstein (SHINAE, 2011) que no ano de 2006 contabilizou 5.600 profissionais que atuaram nas diversas áreas no ambiente hospitalar, com previsão de que em 2014 esse montante chegasse a aproximadamente 11.700 profissionais, dentre médicos, equipe assistencial e de apoio. Destes os cargos de hotelaria representam 13%.

³ FROZÉ, Valéria Dellamano, GIANOTTI, Helio Pedro Pellegrino, GIA- NOTTI, Priscila Salinas Pellegrino. Considerações sobre o turismo de saúde na América Latina – serviços de primeiro mundo com preços de países emergentes? *Revista Hospitalidade*. São Paulo, v. VII, n. 1, p. 32-42, jan.-jun. 2010.

Todos os dados apresentados neste capítulo, nós evidenciam o crescimento que o Turismo de saúde vem ganhando ano a ano, e com ele, clientes mais exigentes, informados e que pagam, por vezes valores altos para seu tratamento. Dentro do conceito do turismo médico, a hotelaria hospitalar tem um significado muito congruente para os hospitais, pois é através dela que se recepciona o cliente de saúde, se hospeda e são providos alimentos, proporcionando conforto e bem estar enquanto distantes de seu lar. Nesse conjunto, a Hotelaria Hospitalar começa a ser discutida e praticada, como uma tendência que veio para transformar ambientes, processos operacionais e a conduta dos colaboradores (TARABOULSI, 2009).

2.2 HOTELARIA HOSPITALAR

Este capítulo nos apresentará uma introdução sobre o entendimento de hotelaria hospitalar. As questões aqui estudadas, vão além da primazia pela qualidade dos serviços prestados pela mesma. Evidenciaremos que, o que faz a diferença é a forma hospitaleira e acolhedora de realizar esses serviços. Será também descrito a evolução histórica no Brasil, sua trajetória e desenvolvimento no mercado de saúde, até os dias atuais. Contextualizaremos sua operacionalidade dentro da instituição de saúde, suas estruturas corporativas e por fim, analisaremos a congruência entre a hotelaria hospitalar e a hospitalidade, despontando sua importância no contexto da percepção de valor, do tratamento, e da relação entre o cliente de saúde e seus cuidadores.

2.2.1 A evolução histórica e conceituação da Hotelaria hospitalar

Muito embora não seja um termo utilizado internacionalmente⁴, surgindo no Brasil recentemente, a Hotelaria Hospitalar tem englobado uma ampla gama de serviços e mudanças ocorridas nos hospitais brasileiros nos últimos vinte anos. Em outros países, principalmente nos Estados Unidos e na Europa, tais serviços são considerados modelos de hospitalidade, que devem permear o ambiente hospitalar de primeira linha (GODOI, 2008).

Embora não seja possível afirmar quem foi o precursor desses serviços, um

⁴ Os termos internacionais encontrados para o tema hotelaria hospitalar são: *Hospitality* e *Hotel-Hospital- Services*.

dos hospitais que diferenciaram os seus serviços foi o Hospital Mount Sinai, de Nova York, podendo ser considerado um dos pioneiros da Hotelaria Hospitalar ao inovar com um atendimento luxuoso, ao invés das simples acomodações então oferecidas pelos demais hospitais (GODOI, 2008).

Essa inovação mudou completamente a forma como os hospitais passaram a encarar os pacientes, inclusive diferenciando-os como clientes de saúde. Somente nos últimos vinte anos é que a Hotelaria Hospitalar começou a receber a devida atenção no Brasil, seguindo o modelo americano, já então difundido em diversas partes do mundo. Dentre os fatores que influenciaram essas mudanças no contexto nacional está o comportamento do paciente, conforme Boeger (2003, p. 28) cita:

Um dos principais fatores é o próprio paciente, que começou a questionar e sentir necessidade de que a empresa hospitalar lhe oferecesse não só a cura ou tratamento, como também a segurança, o conforto e, principalmente, seu bem estar, de sua família e seus visitantes.

Godoi (2004) complementa que além da conscientização dos clientes, também foi determinante na mudança de mentalidade e adoção, a atuação de profissionais de outras áreas no ambiente hospitalar. Vale destacar ainda que a relação paciente-hospital mudou muito nos últimos anos com a melhoria contínua do atendimento, maior precisão dos diagnósticos e menor tempo de cura em relação a tempos anteriores. Para Lepargneur (2004, p. 301) a tendência é reduzir o prazo de hospitalização, graças aos progressos da medicina, não apenas em razão da melhor eficácia terapêutica, mas também em razão do melhor conforto, sobretudo psicológico, do próprio lar.

A partir dos anos 2000, pode-se verificar que diferentes modelos de gestão foram testados e implantados nos hospitais. A hotelaria não só se tornou um modelo importante de gestão de serviços, como passou a ser usada de forma comercial. O nome hospitalidade começou a ser usado para instrumentalizar o desejo de humanizar, já considerando os valores de diversas instituições de saúde (BOEGER, 2011). A hotelaria hospitalar define-se como o conjunto de serviços da hotelaria clássica adaptado ao e implantado no ambiente hospitalar, visando proporcionar melhores condições de estada ao paciente. (BRASIL. MTUR, 2007). A exploração desse segmento iniciou-se na década de 80, quando os convênios de saúde passaram a exigir dos hospitais certos diferenciais no atendimento a seus conveniados, levando assim à melhoria dos serviços hospitalares (BOEGER, 2011).

Contudo, cabe observar que hospitais e hotéis diferenciam-se, obviamente, no seu objetivo fundamental: os primeiros propõem-se a oferecer cuidados médicos, tratar da saúde do paciente, enquanto os segundos destinam seus serviços à hospedagem, à alimentação e ao lazer de seus hóspedes. Isto posto, existem semelhanças consideráveis entre a estrutura e a funcionalidade de ambos os segmentos que os aproximam. Nos hotéis todos os serviços prestados estão à disposição do cliente, no hospital essa disponibilidade é ainda mais importante, pois a vida do cliente pode depender da presteza com que for atendido, ou seja, eficiência e eficácia devem ser rotina num hospital. O conceito de hotelaria está baseado na ideia de receber bem, de acolher.

A hotelaria hospitalar faz a ligação do cliente/paciente com os serviços de enfermagem, de nutrição e de clínica, desde que se respeitem critérios cuidadosamente elaborados para esse fim e que haja colaboração entre os diversos setores do hospital (GODOI, 2004). Apoiada nessa estrutura, a instituição de saúde pode conhecer as necessidades e expectativas do cliente/paciente de forma a possibilitar o direcionamento de suas ações para atendê-los satisfatoriamente. A implantação e adoção da hotelaria hospitalar tende a resultar em um serviço melhor e a propiciar uma forte ferramenta para que a instituição se diferencie em relação à concorrência, e, principalmente, a humanizar seus serviços. Vale destacar que um tratamento mais humanizado nos hospitais depende diretamente do comprometimento dos profissionais envolvidos quer médicos, enfermeiros e também os demais funcionários em recuperar os pacientes e tranquilizar/confortar parentes, acompanhantes e visitantes.

Nesse conjunto o desafio do profissional de turismo e hotelaria é avaliar o hospital sob a ótica do paciente, priorizando a qualidade na prestação dos serviços. Assim, a implantação da hotelaria hospitalar não depende da simples introdução de pessoal (mensageiro, capitão-porteiro, etc.), mas, sim, da adequação de métodos, procedimentos e treinamento de pessoas para a melhoria da funcionalidade e da qualidade dos serviços já prestados pela instituição. Ou seja, trata-se mais de sensibilidade, criatividade e empreendedorismo por parte do administrador de hotelaria hospitalar do que da mera disponibilização de recursos, sejam estes humanos ou sejam financeiros (BRASIL. MTUR, 2007).

Anteriormente à hotelaria hospitalar, o cliente ao ser internado, passava a ser paciente e sua vontade e desejos dependiam da estrutura oferecida pelo hospital, sendo a missão do hospital apenas o atendimento ao paciente e, se possível, a sua cura (CÂNDIDO; MORAES; VIERA, 2004).

Godoi (2004, p. 52) complementa afirmando que “[...] muitos hospitais assumiram ultimamente uma nova postura de valorização do paciente [...]” e que “[...] o foco do hospital passa a ser outro, o de não apenas tratar doentes, mas de vender saúde.”.

O surgimento da hotelaria hospitalar no Brasil acompanhou a tendência de satisfazer as necessidades e desejos do consumidor de serviços hospitalares, quer de pacientes ou de seus familiares que também possuem anseios e expectativas com relação ao atendimento do hospital.

Boeger (2011) destaca que desde meados da década de 1990, e, pela lógica do consumidor, os hospitais começaram a fazer parte dos chamados meios de hospedagem. Isto pois, além da similaridade de sua estrutura física com os hotéis, que permite hospedar e alimentar seus clientes tem serviços comuns como: agregar valor e ter atendimento 24h por dia, e ter diferentes profissionais atuando. Por este motivo, a área de hotelaria está cada vez mais visíveis nos hospitais, clínicas e outros ambientes de cuidado com a saúde (BOEGER, 2011).

Os hospitais brasileiros até doze anos atrás, tem vivido muito mais um mercado de demanda do que um mercado de oferta, este contexto gerou um estilo gerencial apático às grandes e frenéticas mudanças, à importância da hospitalidade de serviços e ambientes e, principalmente, as exigências e necessidades do cliente de saúde (TARABOULSI, 2004).

Importante salientar que esta expressão, cliente de saúde, é a mais adequada dentro do contexto hospitalar, e abrange, além da pessoa enferma, os familiares, amigos e visitantes, tornando mais fácil adotar estratégias e implementar ações para garantir a hospitalidade e qualidade nos serviços, cuja a satisfação do cliente está diretamente atrelado à intangibilidade do produto adquirido ou recuperado no hospital: sua saúde e ou vida (TARABOULSI, 2004).

Com o passar do tempo, os hospitais vem aprimorando a prestação de serviços não somente aqueles intrinsecamente relacionados à saúde priorizando a qualidade e a satisfação do cliente, criando alternativas para que sua recuperação e anseios sejam correspondidos de forma tangível e satisfatória. Nesse ponto cabe destacar que

a hotelaria hospitalar foi pensada e criada para modificar estas impressões e tornar a estada do paciente mais agradável e o mais próximo de seu lar, conforme destaca Boeger (2011, p. 2):

[...] A Hotelaria Hospitalar é a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes conforto, segurança e bem estar durante o seu período de internação ou em seu contato com a Instituição de Saúde.

A hotelaria hospitalar também considera o impacto das instalações físicas da instituição de saúde, conforme apontado por Taraboulsi (2004), alguns gestores estão tentando deixar para trás a imagem clássica de hospital, levando para suas instituições mudanças e serviços que minimizam o impacto desse momento difícil, transformando a estada no ambiente hospitalar mais agradável, afinal as pessoas nunca terão prazer de estar no hospital, mas o desconforto pode ser minimizado (TARABOULSI, 2004).

Trazer esta gestão ao ambiente de saúde tem sido um grande desafio, principalmente porque envolve investimentos altos e pessoas capacitadas. Nesse contexto a Hotelaria Hospitalar pode contribuir pois atua no ambiente de forma a conhecer o cliente e suas necessidades, facilitando o atendimento ao cliente/paciente, e possibilitando superar suas expectativas.

Assim, Taraboulsi (2004) considera que a hotelaria hospitalar é a arte de oferecer serviços repletos de presteza, alegria, dedicação e respeito, fatores que geram satisfação, o encantamento do cliente e, principalmente, a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar. O autor evidencia os principais impactos que a hotelaria hospitalar pode trazer a instituição, tais como:

- Oferecer o inesperado, surpreender e encantar;
- Oferecer não somente os benefícios, mas também as vantagens;
- Aumentar da produtividade;
- Gerar tranquilidade e confiança nos clientes de saúde;
- Garantir satisfação aos clientes de saúde;
- Aumentar a procura de pessoas jurídicas para credenciamento do hospital;
- Tornar o cliente de saúde mais receptivo ao tratamento, facilitando desta forma o trabalho dos médicos e psicólogos;
- Gerar entusiasmo nos empregados com a nova proposta;

- Praticar marketing sem custo nenhum (clientes de saúde satisfeitos podem atuar como comunicadores).
- Estabelecer excelente conceito no mercado e receitas significativas.

Depois de apresentarmos um panorama geral do que é a hotelaria hospitalar, seu contexto histórico e de como ela pode ser tratada como ferramenta de gestão e posicionamento mercadológico, veremos a seguir, sua relação com a hospitalidade. Muito mais que sinonímia é uma questão de *core business*⁵.

2.2.2 Hotelaria hospitalar e Hospitalidade

Inicialmente precisamos fazer uma divisão clara entre hospitalidade e hotelaria hospitalar. Utilizando do entendimento de Godoi (2008) consideramos que ambos são convergentes, porém podem existir individualmente em ambientes bem diferentes. Um hospital que possua excelentes serviços de hotelaria hospitalar, não significa que a hospitalidade seja sua motriz, podendo inclusive dispor de serviços de hotelaria cinco estrelas, e ser muito pouco hospitaleiro com o cliente de saúde e seus familiares. Da mesma forma hospitais humanizados pode não possuir necessariamente uma infraestrutura hoteleira que o diferencie da concorrência pelos seus serviços. Embora seja o ideal que esses dois universos atuem em conjunto, nem sempre é possível coaduná-los (GODOI, 2008).

Assim como ocorre com o conceito de qualidade, o conceito de hospitalidade não funciona sozinho e não pode ser aplicado esporadicamente e individualmente por um setor ou um funcionário do hospital (BOEGER, 2011). O esforço coletivo maximiza a experiência do cliente durante os dias hospedados no hospital, ou seja, a hospitalidade é uma atitude individual, mas que pode ser potencializada quando tomada em grupo, por meio de conexões que garantam perfeito atendimento ao cliente de saúde (BOEGER, 2011). Mezzomo (1995) deixa claro que todas as mudanças também precisam atingir hospitais, não apenas na sua estrutura física, como principalmente na relação humana entre cliente de saúde e o hospital.

Com efeito, Boeger (2011) considera que o cuidado é a forma mais clara de se praticar a hospitalidade em instituições de saúde.

⁵ - Core business é um termo inglês que significa a parte central de um negócio ou de uma área de negócios, e que é geralmente definido em função da estratégia dessa empresa para o mercado.

Cuidado que transcende as necessidades assistenciais e pode chegar ao cuidado de pequenos desejos do cliente em respeito a determinados hábitos que possam ou não ter ligação direta e obrigatória com sua internação hospitalar, mas sim com sua hospedagem no hospital (BOEGER, 2011).

A percepção de qualidade de um cliente atendido em um hospital está tanto ligado à forma como foi atendido quanto aos protocolos clínico-cirúrgico. Segundo Zanovello (2010), a qualidade é o ato de atender às necessidades dos clientes internos ou externos e implica em atingir a satisfação imediata.

Desse modo, a hospitalidade pode ser também um instrumento para a qualidade na prestação de serviços avaliando pelo foco do cliente.

Dentro da área de saúde, Godoi (2008) destaca que a hospitalidade encontrou seu caminho de qualidade mediante a hotelaria hospitalar, que mudou conceitos e que quebrou paradigmas ao introduzir serviços até então restritos à área de hotelaria, humanizando o atendimento prestado pelas instituições de saúde, inserindo os hospitais que optaram em um novo conceito, e entendendo que a hotelaria hospitalar é sinônimo de qualidade no atendimento hospitalar (GODOI, 2008).

Embora a hospitalidade seja tão antiga quanto a própria história humana relata, a etimologia da palavra que a originaram são as mesmas que originaram o conceito de hospital. Segundo Boeger (2003), o significado da palavra latina *hóspes* (hóspedes), resultou dos vocábulos *hospitalis* e *hospitium*, que na antiguidade designava os estabelecimentos utilizados para abrigar não apenas os viajantes e peregrinos como também os enfermos e outros doentes. Isso ocorreria tendo em vista os locais que hospedavam os viajantes, ser também o mesmo local onde os feridos e doentes eram tratados (BOEGER, 2003).

Godoi (2008) apresenta que a palavra Hospitalidade vem do latim *hospitalitate* e é definida no Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, como “s.f. qualidade de hospitaleiros; ato de hospedar; gasalhado; liberalidade para com os hóspedes.”. O mesmo dicionário define a palavra hospitaleiro, do latim *hospitalariu*, como sendo: “Adj. e s.m. diz-se daquele que dá hospedagem por bondade ou caridade; acolhedor; caritativo.” (GODOI, 2008).

Assim podemos definir hospitalidade como o ato de receber ou acolher bem o visitante, familiar, amigo ou desconhecido (GODOI, 2008). Ou seja, a boa acolhida e atenção não somente aos conhecidos e não importando os interesses envolvidos. O papel da hospitalidade é fundamental, especialmente em hotéis e hospitais que

trabalham com o ser humano e suas necessidades mais urgentes, visto que a hospitalidade representa um papel chave em tornar a acolhida agradável e calorosa, mais que simplesmente satisfazer os desejos ou atender as necessidades de uma outra pessoa em deslocamento ou hospitalização (GODOI, 2008).

Godoi (2008) destaca que a hospitalidade tem sido atualmente mais que simplesmente a ação de hospedagem e satisfação das necessidades humanas pagas ou não. Considera ainda que, embora a hospitalidade profissional seja um conjunto de serviços, cujo o consumo esteja atrelado ao poder aquisitivo do cliente na hotelaria, sendo padronizada para os segmentos que não possam pagar pela diferenciação, ainda assim os diversos formatos que esta tem assumindo em diferentes locais torna a estada bem mais agradável. Assim e por mais que esteja relacionada à cultura de um povo, a hospitalidade pode ser trabalhada de forma a adequar-se ao perfil de quem a busca (GODOI, 2008).

Esse tema assume grande relevância na área de saúde, pois se a aparência física e a estrutura de serviços oferecidas podem influenciar positivamente o conceito do cliente ao entrar em um hospital, maior ainda será o impacto exercido com um atendimento prestativo e caloroso e com a percepção de serviços rápidos e eficientes. Godoi (2008) destaca ainda que um bom trabalho desenvolvido desde a chegada facilita a auto-entrega do paciente à toda a equipe de profissionais, reduzindo o estresse e o desgaste de clientes e familiares.

Outro ponto evidenciado pelos estudiosos da área sobre a relação entre implantar a hotelaria hospitalar e adequar a estrutura física do local. De acordo com Boeger (2003, p. 29) o “[...] planejamento arquitetônico dos hospitais é uma tendência forte e irreversível [...] a hotelaria deve estar incorporada aos serviços hospitalares, mas também muito pode contribuir para o desenvolvimento estético do hospital [...]”. Dessa forma, percebe-se que as instituições de saúde desejam perder a cara de hospital e sim se parecer, cada vez mais, com um empreendimento hoteleiro.

A estrutura física ideal de um hospital que tem como objetivo não somente tratar o doente, Caldas (1998, p. 177) destaca que deve propiciar “[...] proteção, desenvolvimento, estimulação e satisfação para promover o bem-estar [...] sendo a adaptação do ambiente parte integrada dos cuidados de cada pessoa.” Assim entende-se que o cliente busca por uma estrutura diferente daquela tradicional de hospital, desejando um local mais parecido possível com um hotel ou com a sua própria casa.

Porém, cabe ressaltar que as expectativas do cliente que procura um hotel e um cliente que procura por instituições de tratamento de saúde são bem diferentes; pois o hotel foca-se principalmente no conforto, normalmente agregando o luxo, enquanto o hospital invariavelmente está focado na promoção e cuidados com a saúde. No entanto, nos hospitais que possuem o setor de hotelaria hospitalar, esta atitude tende a ser diferente, pois no conceito de hotelaria hospitalar, “[...] os pacientes são considerados enfermos; por isso, requerem atenção especial que concilie a saúde com o ato de hospedar-se bem e torne o ambiente mais acolhedor para a família do paciente e ele, humanizando, o ambiente e seu atendimento.” (BOEGER, 2003, p. 28). Aqui o próprio paciente passou a questionar suas necessidades para além da cura ou tratamento, incluindo então “[...] a segurança, o conforto e, principalmente, seu bem-estar, de sua família e seus visitantes.” (BOEGER, 2003, p. 24). Tal cenário e mudança de comportamento do cliente é considerado recente (DIAS, 2003; CÂNDIDO; MORAES; VIERA, 2004).

Dessa forma, conclui Boeger (2011) que as questões de hotelaria hospitalar vão além da primazia pela qualidade dos serviços prestados, entendendo que o que faz a diferença é a forma hospitaleira e acolhedora de realizar esses serviços.

O atendimento, o acolhimento e o melhor relacionamento entre paciente e equipe de colaboradores são os principais fatores, relacionados à hotelaria hospitalar, que podem ser considerados para se atingir a satisfação das expectativas, necessidades e desejos dos clientes hospitalares, proporcionando o bem-estar físico e emocional.

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 seus clientes de saúde. 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 (DYNIEWICZ, 2013).

Com esta finalidade pondera-se que, implantar a hotelaria hospitalar não é simplesmente colocar um capitão-porteiro na porta do hospital, contratar alguns mensageiros e remodelar os apartamentos. Trata-se de uma filosofia de atendimento que vai além de mudanças físicas e estruturais, precisando permear todo o ambiente e cotidiano do hospital (GODOI, 2008), ou seja, um processo que envolve mudanças estruturais, um processo educativo junto ao corpo de funcionários e, um processo

colaborativo que precisa ser assumido por todos os profissionais da instituição como uma mudança de mentalidade no atendimento prestado ao cliente (GODOI, 2008).

2.3 HOSPITALIDADE

A hospitalidade possui diferentes opções interpretativas, e vem sendo estudada e aplicada em várias pesquisas acadêmicas. Enquanto campo de estudo está pautada em reflexões das ciências humanas e das ciências sociais aplicadas, sendo inúmeros os seus significados. Difícil é encontrar apenas uma interpretação que sintetize a essência da palavra. Por não se tratar de uma ciência exata, traz uma pluralidade singular. A partir desse entendimento direcionamos esta pesquisa no âmbito da hospitalidade social, comercial no ambiente hospitalar que entenderemos melhor ao decorrer deste capítulo.

2.3.1 Hospitalidade, entendendo suas origens.

Durante as primeiras imersões sobre o tema, questionamos o porquê de tantas facetas? Qual o motivo de sua persistência? E, ao final de toda a pesquisa, concordamos que muitas delas são redundantes, e que ao longo da história, o tema esteve sempre envolto de elementos oriundos das primeiras civilizações, como a primazia religiosa e familiar, estreitando-se com a modernidade, especialmente com a globalização. Mas o grande anseio para conseguir contextualizar a visão aqui apresentada, era entender de onde realmente se iniciou este tema, e como entregá-la ao ambiente hospitalar.

Ao buscar as raízes do tema, encontramos grandes filósofos, sociólogos, antropólogos e diferentes escolas transcrevendo a hospitalidade utilizando-se de denominações como ética, moralidade, dom, dádiva, virtude, valor, troca, dimensão coletiva, obrigação, direitos e restrições aos estrangeiros as imigrações, amizade, amor, calor humano, relações interpessoais, sociabilidade dos espaços etc. Observamos então, que a hospitalidade esteve sempre envolta pelo sentido de acolhida, desde o início da civilização. Na Grécia Antiga, Bezerra (2007) relata que Zeus Xênios protegia o hóspede e o hospedeiro, donde derivam as expressões xenofilia e xenofobia e, em Roma, Jones e Lockwood (2004, p. 225) relatam que:

[...] foi desenvolvida uma série de operações de hospitalidade relacionadas com o ato de comer, beber e acomodar. As poucas pessoas que tinham condições de viajar, ou viajavam, como o rei, hospedavam-se em castelos mais próximos à custa da nobreza local. Os mosteiros, as abadias e as propriedades privadas eram utilizados para alojar a pequena quantidade de viajantes.

Para Chon e Sparrowe (2003) a sociedade romana teve influência singular na indústria da hospitalidade, muitos de seus cidadãos eram suficientemente ricos para viajar por prazer, e as estradas facilitavam o acesso para a maior parte do mundo conhecido. Os autores também elucidam que a ideia de hospitalidade data das antigas civilizações como a Mesopotâmia, tem outras referências bíblicas, como a tradição de lavar os pés dos hóspedes, ou ainda até os posteriores registros dos donos de hospedarias ingleses que, com uma caneca de cerveja, recebiam viajantes cansados. No entanto, o conceito de hospitalidade, de acordo com Chon e Sparrowe (2003, p. 1) permaneceu o mesmo ao longo da história: satisfazer e servir os hóspedes.

Esta noção de hospitalidade provém da palavra latina *hospitalitas-atis* e traduz-se como: o ato de acolher, hospedar, a qualidade do hospitaleiro, boa acolhida, recepção, tratamento afável, cortês, amabilidade, gentileza (DIAS, 2002). Já a palavra *hospes-itus* se traduz por hóspede, forasteiro, estrangeiro, aquele que recebeu ou que é acolhido com hospitalidade, o indivíduo que se acomoda ou se acolhe provisoriamente em casa alheia, hotel ou outro meio de hospedagem estranho (DIAS, 2002).

Seria então, incorreto afirmar que houve uma única raiz, um único pensamento de um grande filósofo que nos trouxesse seu significado. Pelo contrário, ao decorrer da pesquisa, verificamos que muitas das raízes citadas nos livros analisados eram providas das interpretações dos próprios autores, como Camargo, por exemplo, que identifica, em obras de filósofos e sociólogos como Immanuel Kant, Emanuel Levinas, Jacques Derrida e Marcel Mauss, pensamentos sobre o que se interpreta por hospitalidade. É importante mencionar que a reflexão filosófica dos autores, centra-se na dimensão ética da hospitalidade, focando-se no fenômeno das migrações contemporâneas, das cidades e do êxodo. Cada um destes pesquisadores tem suas afirmações, uma expectativa intuitiva, quanto o que é e o que não é hospitalidade.

Mas qual é o significado da hospitalidade para o paciente internado no hospital estudado? Qual é a percepção de valor para cada um deles?

Para Branco, Ribeiro e Tinoco (2010), a percepção da qualidade é formada em cada momento em que o cliente está em contato com o serviço desenvolvido, bem como com o prestador desse serviço. É nesse momento que o cliente “[...] ao entrar em contato com a realidade da organização, tem oportunidade de formar um conceito da empresa e dimensionar a qualidade dos serviços por ela prestados.” (RODRIGUES; LEAL; HARGREAVES, 1997, p. 24).

Moller (2002) aponta que um produto ou serviço com a mesma qualidade podem ser percebidos de formas distintas por pessoas de um mesmo país, porém com cultura, educação, formação e idades diferentes. Ainda, a qualidade pode ser percebida pela mesma pessoa de formas diversas, porém em épocas diferentes. Ou seja, em muitos casos, o julgamento pessoal do consumidor acerca da boa ou má qualidade do serviço ou produto também irá depender do estado emocional e da situação em que ele se encontra, prova disso foram as entrevistas na primeira, segunda e terceira etapa desta dissertação.

Neste estudo de caso, a hospitalidade ocorre de muitas maneiras, em específico pela hospitalidade comercial e social, mas também pela hospitalidade estrutural, que deve ser considerada do ponto de vista da percepção de valor, pois a mesma não deixa de ter o conceito de “bem receber” se não estiver de acordo com as expectativas básicas do cliente. Evidenciaremos com maiores detalhes este conceito na análise de resultados, e neste capítulo, abordaremos as considerações filosóficas da hospitalidade no senso conceitual.

Muitos são os pesquisadores que abordam este tema no mundo todo, mas antes de abordarmos os principais autores à nível internacional, é preciso salientar que no Brasil também possuímos pesquisadores que se debruçaram sobre o tema, os quais destacamos: Dencker (2004; 2005), Grinover (2007; 2008), Wada (2003), Bueno (2013), Camargo (2003; 2004; 2005; 2007) Dias (2002), Silvana Furtado (2011), Vieira (2011) entre outros.

Esta dissertação possui muitos aportes teóricos de Camargo (2003; 2004; 2005; 2007), por ser reconhecido por suas obras e, ainda, por ser um dos primeiros estudiosos da área no Brasil. O autor possui alguns estudos desenvolvidos no exterior e, focaliza elementos trazidos da psicologia social e da psicanálise na tentativa de ampliar a compreensão do fenômeno da hospitalidade e de sua relação com o turismo.

Começando entender o significado de hospitalidade com as escolas existentes para o estudo, como a Francesa e a Americana. Camargo (2004) transcreve que a Escola Francesa possui a matriz Maussiana do dar-receber-retribuir (com destaque para a hospitalidade doméstica e pública). A Escola Francesa contrapõe-se à Escola Americana, que enxerga a hospitalidade como um fenômeno comercial, baseada no contrato de troca firmado entre hóspede e anfitrião (CAMARGO, 2004).

Para facilitar o entendimento das bases da Escola Francesa apresentamos uma síntese baseada nas pesquisas de alguns autores, com as principais colocações dos filósofos, sociólogos e antropólogos que se destacam (QUADRO 1).

FILÓSOFOS	PRINCIPAIS OBRAS	FACES COM A HOSPITALIDADE
Immanuel Kant (filósofo)	Crítica da razão pura (1781); Crítica da razão prática (1788); Crítica do juízo (1790); Fundamentação da metafísica dos costumes (1980);	<ul style="list-style-type: none"> A hospitalidade é um direito de todos e um dever para todos. Immanuel Kant (1724-1804). (PEREZ, 2007) Kant tematiza as noções de tolerância, cosmopolitismo, ideia reguladora, dever moral. Dever jurídico, autonomia, religião nos limites da razão (PEREZ, 2007). A hospitalidade, como modelo ancestral de troca, é também um fato jurídico moldado por regras ancestrais ao direito positivo, aquilo que chamamos de ética. (CAMARGO, 2008)
Emmanuel Levinas (filósofo)	Totalidade e infinito (1980) De que amanhã (2004) Entre nós: ensaios sobre a alteridade (1997)	<ul style="list-style-type: none"> O autor concede destaque para “O outro”, para Levinas a hospitalidade é um problema ético-teológico e não jurídico, é um dever moral, o que leva a uma hospitalidade pura ou incondicional. (PEREZ, 2007) Colocou o Eu no centro da filosofia (CAMARGO 2008). A hospitalidade é vista como “um dos traços fundamentais da subjetividade humana na medida em que representa a disponibilidade da consciência para acolher a realidade fora de si”. Baptista (2002, p.157 citado por CAMARGO, 2007)
Jacques Derrida (filósofo)	Manifeste pour l’hospitalité (1999) De l’Hospitalité (1997)	<ul style="list-style-type: none"> Reforça a ética, introduzindo na reflexão a dimensão política da hospitalidade, para com os imigrantes, para com os desfavorecidos de toda forma. (CAMARGO, 2007) O autor acredita que a relação com o outro acontece sempre sob o aspecto da hospitalidade. Enfatiza que hospitalidade se faz de forma integral, sem obrigações, sem deveres e regras. (LOBO, 2005)
Michel Serrès (filósofo)	O contrato natural (1991); O terceiro Instruído (1997); Filosofia mestiça (1993)	<ul style="list-style-type: none"> Como hóspedes e anfitriões mudam conceitos de existência, mudam comportamentos. Aprendem algo de importante para suas vidas. (CAMARGO, 2007)

Quadro 1 - Autores filósofos da escola francesa, suas obras e a relação com a hospitalidade.
Fonte: Autora (2016) com base em Camargo (2007; 2008), Perez (2007) e Lobo (2005).

Apresentamos no Quadro 2, sociólogos e/ou antropólogos e destacamos suas principais obras que retrataram de alguma forma a hospitalidade. Este compilado teve como base os estudos e os dados coletados em Camargo (2004; 2007), Mauss (2003), Montandon (2003), Carneiro (2003), Scherer (1997) e Grinover (2009).

Sociólogo/ Antropólogo	Principais Obras	Faces com a hospitalidade
Marcel Mauss	Sociologia e Antropologia (1974) <i>Essai sur Le Don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques</i> (1973); Ensaio sobre a dádiva (1974)	<ul style="list-style-type: none"> • Suas pesquisas focavam as interações humanas tanto no domínio público quanto no privado, e envolviam o ciclo dar-receber-retribuir; suas conclusões possibilitaram ao autor, perceber que as trocas simbólicas e ou materiais são repletas de significados que podem favorecer ou não o estabelecimento do vínculo social. A hospitalidade trata-se de um fenômeno social total. (CAMARGO, 2004)
Alain Montandon	<i>Mithes et représentations de l'hospitalité</i> (2003) Hospitalidade, ontem e hoje (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • A hospitalidade é sinal de civilização e de humanidade. É uma maneira de se viver em conjunto, regida por regras, ritos e leis. A hospitalidade vai além de uma forma de interação, podendo-se dizer que é uma das formas essenciais de humanização e de socialização e, por isso também, neste caso, compreendendo regras e até mesmo ritos (MONTANDON, 2003)
Anne Gotman	<i>La cuestión de l'hospitalité aujourd'hui</i> (1997) <i>Le sens de l'hospitalité</i> (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Destaca que a hospitalidade é associada a aspectos sociais e religiosos. "A abertura para o acolhimento que já foi dever sagrado, moral e social". Virtude burguesa associada à ideia de bem-receber. Uma iniciativa individual próxima da amizade (CAMARGO, 2004) • Gotman aborda diferentes dimensões da hospitalidade contemporânea, (na cidade, arquitetura, hospital etc) e, usou a teoria da hospitalidade para discutir o que chamou de <i>hospitalité marchande</i> (CAMARGO, 2007)
Anne Dufourmantelle	Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da <i>Hospitalidade</i> (2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Derrida nos mostra, pela via da hospitalidade incondicional e através dos direitos e deveres que a condicionam, que aí reside heterogeneidade e indissociabilidade. CARNEIRO, 2003)
René Scherer	<i>Zeus hospitalier: l'éloge de l'hospitalité</i> (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Reintroduziu a questão da hospitalidade na França buscando na história e na filosofia as bases de um direito cosmopolítico respeitador de uma hospitalidade como processo de hominização e que, portanto, deve ser universal. (CAMARGO, 2004)
Jean Viard	<i>Court traité sur les vacances, les voyages et l'hospitalité des lieux</i> (2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Sociólogo do lazer que estuda a qualidade hospitaleira dos espaços públicos. (CAMARGO, 2004)
Sebastian Roché	<i>La société d'hospitalité</i> (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Elege a hospitalidade como política pública de prevenção da violência. (CAMARGO, 2004)
Louis Massignon	A Hospitalidade dialogal (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexões sobre a hospitalidade sagrada, de bases religiosas. (CAMARGO, 2004)
Edmond Jabés	<i>Le livre d'hospitalité</i> (1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Seu elogio a uma hospitalidade tratada como uma "boa nova", o arco-íris que simboliza o pacto pela qualidade de anfitrião/hóspede a ser transmitido de geração em geração. (CAMARGO, 2004)

Quadro 2 – Autores sociólogos e/ou antropólogos da escola francesa, suas obras e a relação com a hospitalidade.

Fonte: Autora (2016), com base em Camargo (2004; 2007), Mauss (2003); Montandon (2003), Carneiro (2003), Scherer (1997) e Grinover (2009).

A escola americana tem como eixo principal a hospitalidade comercial, mas que vem integrado também à hospitalidade doméstica e pública. É baseada na troca monetária relacionadas ao ato de receber, hospedar, alimentar e entreter. Nos EUA, o

termo hospitalidade é apenas um sinônimo de hotelaria (mais recentemente surgiu também o termo *lodging industry*). Daí decorre que a pesquisa sobre a hospitalidade passa ao largo da matriz maussiana. (CAMARGO,2015).

O Quadro 3 apresenta um compilado dos autores que se destacam nos estudo da hospitalidade nos Estados Unidos.

Autores	Principais Obras	Faces com a hospitalidade
Walker, J.R.	Introdução à hospitalidade (2002)	<ul style="list-style-type: none"> A hospitalidade é um conceito tão antigo quanto às formas mais remotas de atividade sócia. Considerada como um atributo de pessoas e de espaços, a hospitalidade era praticada por meio do acolhimento aos estranhos, a pôr um grande número de ordens religiosas, desde os primeiros beneditinos e cistercienses da igreja católica, na Idade Média, que forneciam alojamento, alimentação e proteção, através dos conventos, abadias e confrarias de apoio e dos mosteiros (WALKER, 2002).
Guerrier, Y	Comportamento organizacional em hotéis e restaurantes (2000).	<ul style="list-style-type: none"> Em Guerrier (2000), Percebe-se a tentativa das organizações de promover o aprendizado organizacional, envolvendo cada pessoa dentro da organização, através de programas de treinamento que compartilhem a visão da organização numa atmosfera saudável de aprendizado, vislumbrando não somente a competitividade como diferencial, mas, sobretudo, de motivar os funcionários gerando a satisfação dos hóspedes.
Chon, e Sparrowe (2003)	Hospitalidade: conceitos e aplicações (2003)	<ul style="list-style-type: none"> A perspectiva americana da <i>hospitality management</i>, a que se referem Chon e Sparrowe (2003), designa uma ampla indústria de serviços, calcada no contrato e na troca estabelecida por agências, hotéis, transportadoras, que oferecem pernoite e/ou bebida e/ou alimento e/ou transporte numa base comercial. Os autores abordam temas como: O espírito da Hospitalidade, Hospedagem, Alimentos e bebidas e Segmentos especializados da indústria da hospitalidade.

Quadro 3 – Escola americana e seus principais autores.

FONTE: Autora (2016) com base em Walker (2002), Guerrier (2000) e Chon e Sparrowe (2003).

Salientamos também os autores da escola britânica, como: Lashley (2004), Bell, Lynch (2011), Lugosi (2011), Morrison, McNeill, O'Gorman e Taylor. Nos estudos sobre a hospitalidade desenvolvidos por Lashley e Morrison (2004), mostram que a obra foi a primeira a colocar as questões do turismo sob a perspectiva da hospitalidade. O termo não é mais uma metáfora. Esses pesquisadores dispuseram-se a tentar refletir sobre as implicações do uso do termo hospitalidade, como ferramenta heurística, capaz de suscitar novas abordagens do campo do turismo (CAMARGO, 2007).

Dos diversos artigos, livros e dissertações coletados sobre o tema, percebemos a presença de muitos sinônimos para a hospitalidade. Então para poder expor melhor o tema e as colocações, organizamos no Quadro 4, 76 conceitos que podem ser empregados como referência à hospitalidade.

01	Acolhimento	20	Calor Humano	39	Empatia	58	Preocupação
02	Aceitação	21	Convivência	40	Experiência	59	Prática constante
03	Amabilidade	22	Cuidado	41	Expectativa	60	Qualidade
04	Ato Humano	23	Cativar	42	Facilitação	61	Relações Sociais
05	Afabilidade	24	Compaixão	43	Fidelizar	62	Recepção
06	Alimentar	25	Carícia	44	Fineza	63	Retribuir
07	Atenção	26	Convivialidade	45	Gentileza	64	Segurança
08	Atendimento	27	Competitividade	46	Higiene	65	Servir
09	Agregar	28	Confortabilidade	47	Hospedagem	66	Serviços
10	Ambiência	29	Cordialidade	48	Humanização	67	Sentimentos
11	Anfitrião	30	Desejo	49	Interesse	68	Sinergia
12	Amor	31	Delicadeza	50	Informalidade	69	Sociabilidade
13	Atitude caridosa	32	Dádiva	51	Individualidade	70	Soluções
14	Acolhimento preparado	33	Doçura	52	Inovação	71	Tradições
15	Abrigar	34	Dar	53	Liberalidade	72	Ternura
16	Boas Vindas	35	Dom	54	Meiguice	73	Troca
17	Boa Vontade	36	Deslocamento	55	Novidade	74	Virtude
18	Cortesia	37	Despedir-se	56	Necessidade	75	Vínculos
19	Caridade	38	Entreter	57	Polidez	76	Valores

Quadro 4 – Sinônimos de hospitalidade

Fonte: Autoria Própria (2016)

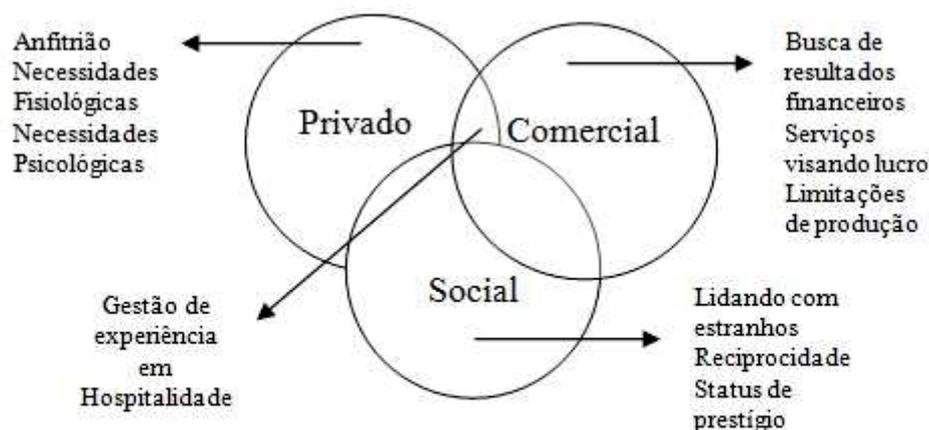
Com estas formas de abordar a hospitalidade foi possível compreender o quão abrangente é a hospitalidade nas formas coloquiais do dia a dia inclusas nos âmbitos social, profissional, cultural, virtual, comercial, doméstico, público, privado, político e espacial, baseados nas vertentes pesquisadas por Lashley, Morrison (2000) e Camargo (2003; 2004; 2005; 2007), onde veremos mais adiante. Outro ponto que destacamos a partir desse compilado é que a hospitalidade está arraigada na simplicidade de nossas ações, no convívio diário, e que mesmo não querendo ser hospitaleiros, somos condicionados a ser, pelo simples fato de que muitos das palavras apresentadas no Quadro 4 remetem a ações ou situações que nos são cotidianas. A pesquisa realizada nesta dissertação, que foi alocada no ambiente hospitalar, exprime muitos destes sinônimos como forma de hospitalidade, e evidenciamos isso com os questionários realizados internamente com os pacientes para validar nossa pesquisa. Averiguamos que muitos dos anseios dos clientes de saúde em questão se enquadravam no quadro 4. A seguir alguns exemplos vividos no hospital X, elucidaram o contexto.

Em uma das entrevistas realizadas na primeira etapa da dissertação, foi descoberto que o acompanhante de um paciente era celíaco (doença imunológica intolerante a glúten), neste contexto, o acompanhante não é o foco do hospital, mas faz parte do todo, e em decorrência a este cenário, a hotelaria prontamente providenciou ao acompanhante toda uma dieta sem glúten. Após a alta do paciente, o hospital recebeu uma carta de agradecimento por toda a atenção dada a que nem deveria ser o foco. Isso é um exemplo de hospitalidade, é entender as necessidades do cliente de saúde e imprimir as melhores soluções pensando no todo. Outro exemplo simples mais de muito impacto foi descobrir que 80% dos acompanhantes entrevistados reclamavam do sofá que pernoitavam, e com este alto índice pode-se apresentar à diretoria do hospital que era preciso providenciar melhorias neste quesito, e então foi obtida a aprovação para a troca de todos os sofás-camas, e no lugar dos mesmos foram inseridos camas boxes adaptadas ao ambiente hospitalar (revestidas com tecidos laváveis), terminando com as reclamações sobre esse ponto. Foi em decorrência destas e de diversas entrevistas realizadas, que obteve-se um material muito rico de informações e com ele, pode-se personalizar produtos e serviços baseados nestes preceitos. Foi com a ajuda destes sinônimos que construímos um cenário ideal à abertura do bem acolher de maneira individual e transportando esta concepção a toda a equipe envolvida.

Para delinear um pouco as tantas referências à hospitalidade, destacamos a pesquisa de Lashley e Morrison (2000), que discorrem que a hospitalidade possui três domínios: social, privado e comercial, e enquanto estância social em quatro novas categorias: Doméstica, Pública, Comercial e Virtual.

O domínio social da hospitalidade considera os cenários sociais em que a hospitalidade e os atos ligados, condição de hospitalidade ocorrem junto com os impactos de forças sociais sobre a produção e o consumo de alimentos, bebidas e acomodações. O domínio privado considera o âmbito das questões associadas da “trindade” no lar que são a família, a acomodação e o alimento (Dar, receber, retribuir), assim como leva em consideração o impacto do relacionamento entre anfitrião e hóspede. Para Wada (2003) “Ser anfitrião não significa ser hospitaleiro, a hospitalidade requer desprendimento, ausência de motivos”. Para Camargo (2004, p. 52-66) “O ato de receber em casa é o mais típico da hospitalidade e o que envolve maior complexidade do ponto de vista de ritos e significados”.

O domínio comercial diz respeito à oferta de hospitalidade enquanto atividade econômica e inclui as atividades dos setores tanto privado quanto público, ocorre nas nações ocidentais, onde geralmente, a hospitalidade não ocupa a posição central na escala de valores; Procuram conquistar a lealdade dos clientes e identificam, recrutam, desenvolvem e delegam poderes a pessoas para serem hospiteiras que serão essenciais no alcance da lealdade das pessoas (LASHLEY; MORRISON, 2004, p. 5-6).



FONTE: Lashley (2000, p.4)

Figura 1 – Hospitalidade
Fonte: Lashley (2000, p. 4)

No estudo de Camargo (2004), ainda verifica-se a manifestação dos espaços da hospitalidade que pode ser Doméstica, Urbana (hospitais, escolas, estações de trens, museus, praças, etc). Analisamos aqui que a posição de Camargo (2004) para os hospitais é diferente da visão de Lashley e Morrison (2004), visto que, o autor enquadra os hospitais como hospitalidade doméstica e urbana, enquanto os autores Ingleses enquadram como hospitalidade comercial. Para Camargo (2004) a hospitalidade não é um negócio. Segundo o autor, quando se fala em troca entre pessoas, geralmente se pensa no comércio, no mercado. Porém, esse modelo econômico precedeu outro modelo de trocas, centrado na dádiva, que mesmo hoje, ainda está presente. O dever triplo de dar, receber e retribuir é a base da dádiva, que encontra suas origens na obra de Marcel Mauss, “Sociologia e Antropologia”, cuja primeira edição data de 1950.

Acreditamos que ambos os autores estão corretos no que se refere a hospitais, considerando que o hospital cobra de seus clientes pelos serviços prestados e também considera a relação existente entre profissionais de saúde e a condição vulnerável em que o cliente se encontra, praticando-se também a hospitalidade Doméstica/ urbana (social – da dádiva). Dando continuidade às referências do autor, a hospitalidade comercial engloba (hotéis, bares, restaurantes, entre outros) e nos dias de hoje, observa-se ainda a hospitalidade Virtual. E quando pensamos em hospitalidade, Camargo (2004) também observa que naturalmente somos levados a criar dois eixos de tempo e espaço para a delimitação do campo de estudo: um eixo cultural, que leva em conta as ações abrangidas pela noção de hospitalidade, e um eixo social, que diz respeito aos modelos de interação social e consequentes instâncias físico-ambientais envolvidas. Enquanto modelo de prática cultural, a hospitalidade envolve: Recepcionar ou receber pessoas, Hospedar, Alimentar e Entreter.

CATEGORIA	RECEPCIONAR	HOSPEDAR	ALIMENTAR	ENTRETER
Doméstica-Urbana	Receber Pessoas em casa, de forma intencional ou casual	Fornecer pouso e abrigo em casa para pessoas	Receber em casa para refeições e banquetes	Receber para recepções e festas
Pública	A recepção em espaços e órgãos públicos de livre acesso	A Hospedagem proporcionada pela cidade e pelo País	A gastronomia local	Espaços públicos de lazer e eventos
Comercial	Os serviços profissionais de recepção	Hotéis, hospitais e casas de saúde, Presídios	A restauração	Eventos e espetáculos, Espaços privados de lazer
Virtual	A Net-etiqueta do enviar e receber mensagens por meios eletrônicos	Sites e hospedeiros de sites	A gastronomia eletrônica	Jogos e entretenimento

Quadro 5 – Os tempos e espaços da hospitalidade Humana

FONTE: Camargo (2004)

As colocações aqui apresentadas representam o avanço da pesquisa em hospitalidade, colocando como parâmetro maior as relações humanas e sociais estabelecidas em segmentos desde as primeiras civilizações até nosso presente momento. O tema nos coloca a frente de questões éticas e morais e imprimindo a identidade da hospitalidade pelas interpretações genuínas de cada pesquisador, e o mais relevante, é que a hospitalidade não tem classe-social, local específico, língua, credo ou nação. É um fator global que está intrínseco no ser humano, e espera-se de

qualquer indivíduo um tratamento adequado, uma abertura para o acolhimento de alguém que recebe e de alguém que é recebido.

2.3.2 Hospitalidade no Ambiente hospitalar

O consenso tradicional utilizado para hospitalidade leva-nos a refletir mais a fundo sobre esta atividade, às vezes denominada indústria da hospitalidade, que ora se transforma em produto (aqui entendida sob a forma tangível), ora se caracteriza como serviço (neste caso intangível). A hospitalidade é fundamentalmente o ato de acolher e prestar serviços a alguém que por qualquer motivo esteja fora de seu local de domicílio (GRINOVER, 2002). É neste conjunto que entra a fundamentação de nossa pesquisa, abordando a hospitalidade no ambiente hospitalar de forma a transforma-la em produtos e serviços personalizados, baseado nas necessidades das personas identificadas em nossas apurações.

Vimos nas diversas transcrições sobre o tema seus significados e contextos, mas em nossa pesquisa que envolve o ambiente hospitalar trabalhamos fundamentalmente com a hospitalidade comercial no que a constitui, mas muito além disso, com as relações sócias, humanas (coletivas e pessoais) , do acolher, do calor humano, da sensibilidade, do respeito, da amabilidade, da personificação do atendimento, tudo para contribuir na diminuição da angustia enquanto internado, pensando exclusivamente no bem estar do cliente de saúde.

Godói (2008, p. 41) informa que: “a hospitalidade pode e reduz radicalmente o sofrimento de pacientes e clientes ao minimizar a dor para pacientes e familiares, em momentos de fragilidade”. Para o autor “a empatia percebida desde a marcação de consultas, exames, o *check-in* e *check-out*, o tratamento respeitoso provoca uma impressão permanente no usuário” (2008, p. 44). A organização hospitalar é a empresa mais complexa e desafiadora para se administrar, de acordo com Vecina Neto (2012), que afirma que é mais fácil administrar uma empresa de ônibus, bancos ou petrolíferas, entre outras, do que um hospital. O autor complementa ainda que: “a primeira coisa que o paciente vê ao entrar num hospital ou unidade de saúde, não é o médico, mas sim uma pessoa do atendimento com baixa remuneração, mal formada e treinada” (VECINA NETO, 2012). As ações do setor de hospitalidade tendem a contribuir para a melhoria da ambiência hospitalar no âmbito de serviços de saúde

pública e privada que têm similaridades no objetivo de atender bem o usuário, oferecer acolhimento e compreensão.

A hospitalidade começa a ser vista como uma aliada da equipe assistencial, na qual o funcionário realiza um atendimento informal e procura estimular no paciente o resgate da sua individualidade a partir do momento que este apresenta os serviços disponíveis, como por exemplo, ao se oferecer uma revista, livros, histórias e até mesmo filmes. Godói (2008) apresenta algumas situações em que a hospitalidade é utilizada como ferramenta no ambiente hospitalar:

A angústia e ansiedade provocada por internações prolongadas podem ser aliviadas com atividades planejadas, voltadas para a humanização no atendimento e resgate dos valores culturais. Pode-se buscar o favorecimento do convívio familiar, mediante atividades como artes plásticas, pintura e desenho, contos, história da arte, musicoterapia, jogos, literatura, trabalho corporal e artes folclóricas. Quando profissionais de área do turismo e hotelaria proporcionam atividades de entretenimento e lúdicas, os educadores físicos e fisioterapia elaboram atividades físicas e corporais, de artes e história entre outras, atuando no ambiente hospitalar, causam uma mudança de cenário interno e externo. (GODÓI, 2008, p. 16 -17)

A hospitalidade oferecida pelo hospital tem em sua missão “um conjunto de valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”. (CAMARGO, 2004, p. 44). Frozé e outros (2010, p. 38 citado por RIBEIRO, 2013) mencionam que ao se falar de hospitalidade em uma instituição hospitalar, “os termos mais utilizados seriam: paciente, que é o cliente externo e colaborador ao qual se pretende que seja acolhido e recebido em seu local de trabalho e a estrutura física, tal como cliente.”.

Até este ponto da dissertação, verificamos que desde as primeiras civilizações, até nossos dias atuais, estamos envoltos de hospitalidade, mas é importante mencionar que também da inospitalidade. Não são em todos os momentos e situações que somos bem recebidos e bem acolhidos. As regras da urbanidade ensinam gestos tanto de aceitação como de recusa do contato, estão envoltas da hospitalidade genuína ou da hospitalidade ensaiada. Hospitalidade não designa apenas todas as formas de encontro entre pessoas. Traz, também, implícita, a opção-obrigação de que ambos se portem adequadamente no encontro. Esta obrigação vem de leis não escritas e daí que, como tal, sua não observância gera alguma forma de hostilidade, ou de *hostipitalidade* (na expressão de DERRIDA citada por CAMARGO, 2015).

Trabalhando em um ambiente hospitalar que executa a hospitalidade comercial, transacionamos constantemente com a hospitalidade ensaiada e a genuína, pois como dito anteriormente, a hospitalidade está intrínseca no ser humano, porém ao trabalhar com a hospitalidade comercial e com uma equipe multidisciplinar a inospitalidade também está arraigada. Ribeiro (2013) que cita Pollara (2011) destaca a importância de disseminar os valores da hotelaria hospitalar para todos os funcionários do hospital. Esses valores seriam: “humanização, comprometimento com a melhoria do ambiente de trabalho, com acolhimento do usuário, investimento na qualidade de vida do colaborador e com a responsabilidade socioambiental”. O que diminuiria a inospitalidade das equipes assistenciais e operacionais envolvidas.

É neste contexto que a hotelaria hospitalar entra como um aliado estratégico à humanização na saúde tanto em instituições privadas como nas públicas. Ao se implantar a hotelaria hospitalar, verifica-se uma preocupação com o atendimento, o que gera valor aos serviços prestados. “A implantação da hotelaria hospitalar tem sido a atração de uma demanda qualificada, a procura de serviços complementares ao tratamento médico.” (BATISTELLA, 2009).

Nos hospitais particulares, a hotelaria está focada em conforto e serviços, uma oferta bem parecida com o que acontece nos grandes hotéis de luxo no intuito de agregar valor ao serviço oferecido. A hospitalidade tem sido utilizada como instrumento para acolher o usuário, agregar valor e promover a diferenciação nos serviços de saúde. Já a humanização apoia todas as ações de hospitalidade ao auxiliar na elaboração de projetos, na integração da equipe multidisciplinar e ao criar indicadores de resultados para as atividades implantadas nos hospitais. (RIBEIRO, 2013)

Dessa forma, Frozé e outros (2010, p. 39 citado por RIBEIRO, 2013) informam que “[...] a humanização nos serviços de saúde baseia-se fundamentalmente em criar um clima organizacional favorável ao atendimento do paciente”. A humanização pode ser um processo que transcende o atendimento técnico do paciente, com compreensão e cuidado integrais do usuário.

Segundo Ghellere (2001), quando se fala em humanização hospitalar, refere-se a uma visão completa do processo de funcionamento do hospital.

Essa dinâmica se evidencia por meio da atual tendência de introdução de práticas de humanização nos centros de atendimento à saúde. Humanização é a palavra utilizada para falar da melhoria da qualidade do atendimento aos clientes. É o

cuidado prestado com respeito, dignidade, ternura e empatia ao cliente e sua família. Os feitos da tecnociência são notórios, abundantemente proclamados pela mídia e até mesmo endeusados. Conseqüentemente, nos deparamos com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e sem ternura. A pessoa que já está vulnerável pela doença deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de determinado fim. Esqueceu-se que as coisas têm preço e podem ser trocadas, alteradas e comercializadas, porém, as pessoas têm dignidade e clamam respeito (GHELLERE, 2001, p. 58).

Além de envolver o cuidado ao paciente e para o acompanhante, a humanização abrange todos os que estão envolvidos no restabelecimento da saúde, que podem ser os usuários, equipe multiprofissional e a instituição. Batistella (2009) revela que a “[...] humanização é ferramenta de gestão, pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais.”

Muito embora não seja um assunto recente, nos últimos anos o termo humanização tem recebido destaque cada vez maior. Em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde teve como tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, trazendo pela primeira vez o assunto para discussão nacional. No mesmo ano, o tema ganha um novo direcionamento institucional, fundamentado, principalmente, no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH e posteriormente na Política Nacional de Humanização – PNH trazendo proposta de mudança nos modelos de atenção e gestão em todo o sistema e serviços de saúde. (POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO, 2012, p. 4).

Para Ribeiro (2013) O conceito humanização, primeiramente, por volta do ano 2000, era visto como ações pontuais e de “boa vontade” focada na convivência e entretenimento. Em um segundo momento, os projetos foram idealizados para os setores específicos e para os usuários. O grupo de humanização era considerado pouco influente e as ações ocorriam de forma isolada chamada de “varal de ações”. Na terceira fase, a política de humanização engloba toda a instituição e essa unificação fortalece cada vez mais o Grupo de Humanização até chegar à Política Estadual de Humanização e no conceito atual.

Por isso a importância da hotelaria hospitalar que traz a humanização e a hospitalidade como alicerces e que pode não curar a doença, mas ameniza o sofrimento do paciente e auxilia no tratamento cativando os acompanhantes como aliados, aqui nós destacamos os exemplos que transcorremos anteriormente com as

entrevistas realizadas, quando conseguimos atender as solicitações dos acompanhantes, que é, quem desfruta de todos os serviços da hotelaria com maior imersão, pois os mesmos se encontram lúcidos, desfrutando de boa saúde o que faz dele um expectador assíduo, muito crítico e vive intensamente tudo o que ocorre com o hospital e com o paciente. É comprovado pelas nossas pesquisas que o acompanhante é o que mais traz *feedbacks* as gerências, e devemos usar os mesmos como ponto forte para uma reestruturação de produtos e serviços na hotelaria hospitalar, buscando neles a oportunidade de fortalecer a hospitalidade.

Assim a hospitalidade é essencial dentro do ambiente hospitalar, pois está vinculada ao processo de melhora ou recuperação do paciente, durante todo o tempo em que estiver dentro do hospital. Todos na instituição terão um papel decisivo nesse processo, seja na área assistencial, seja dando suporte aos que atendem diretamente o cliente e seus familiares. A falha em algum momento poderá resultar em se macular todo um trabalho desenvolvido por numerosos profissionais, ficando indelevelmente marcado para o cliente e em algumas circunstâncias, na imagem do hospital. A hospitalidade é um tema que vem se tornando fundamental quando se fala em prestação de serviços, principalmente na hotelaria e na hotelaria hospitalar, onde todos os setores devem ser hospitaleiros para tentar fidelizar os hóspedes e no caso da hotelaria hospitalar bem atender ao paciente e seu acompanhante.

A hospitalidade é um dos temas mais discutidos entre as abordagens culturais do fenômeno do turismo. Como o turismo envolve deslocamento de pessoas e sua permanência temporária em locais que não são o de sua residência habitual, a uma intrínseca relação entre turismo e hospitalidade. Todo turista está sendo, de alguma forma recebido nos lugares. O que diferencia a experiência entre um e outro turista no que se refere à hospitalidade é forma como se dá o seu acolhimento no destino (Cruz, 2002, p. 43).

Vê-se então que a hospitalidade aproxima as pessoas, concorrendo para a humanização e a socialização dos indivíduos. Nesse sentido, ela emerge como um amplo e dinâmico fenômeno social, portanto a hospitalidade comercial dentro do ambiente hospitalar é caracterizado pela cobrança de seus serviços, por este motivo o termo comercial, tendo em seu atendimento a hospitalidade genuína ou ensaiada por sua grande equipe multidisciplinar, mas de forma personalizada e padronizada utilizando para isso a hotelaria hospitalar como ferramenta para a concretização destas particularidades. Para que isso seja possível a instituição de saúde deve entender seu cliente, escutá-lo, utilizando para isso informações que estão ao alcance

da maioria dos hospitais públicos e privados, como a ouvidoria, SAC, pesquisas internas e o *feedback* dos funcionários de frente (aqueles que estão dia a dia com o cliente de saúde), para que possa-se atender todas as suas necessidades, foi justamente este o primeiro passo de nossa pesquisa de campo. Em segundo lugar toda a equipe, principalmente as assistenciais e operacionais, devem estar inebriadas pelo contexto da hospitalidade, para isso é preciso muito treinamento e uma imersão da missão, visão e valores da instituição, e este é o maior desafio, pois as equipes são numerosas e com índices de absenteísmo e rotatividade muito altos, o que torna este envolvimento ainda mais difícil, por isso os treinamentos e os valores devem ser incansavelmente aplicados no dia a dia. Somente com o envolvimento das equipes se conseguirá um bom resultado, pois não podemos trabalhar com a hospitalidade individual, seu contexto como serviços engloba o entendimento de todos na busca da satisfação do cliente de saúde, sem isso, não importa o qual perfeito seja a estrutura física do hospital, seus mais inovadores serviços e produtos, a hospitalidade é humana, e a força motriz disso tudo é a equipe que trabalhará com os pacientes.

No próximo capítulo, poderemos compreender como foi realizada a construção estrutural desta dissertação no quesito metodológico, qual foi o procedimento adotado, e como categorizamos os dados coletados nas entrevistas, nas análises de dados estatísticos e bibliográficos no período de dois anos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caso exploratório com análise de dados qualitativos e quantitativos, pois se propõe a analisar a contribuição da hospitalidade para os serviços de hotelaria hospitalar a partir da identificação de quais elementos da hospitalidade no ambiente hospitalar apontados pelos pacientes, atribuídos aos serviços prestados pelo setor da Hotelaria Hospitalar em um Hospital particular de grande porte na cidade de Curitiba.

3.1 O ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é apenas uma das muitas maneiras de se fazer pesquisa em Ciências Sociais. Para Yin (2001) um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos; sendo a sua essência esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas, e com quais resultados (YIN, 2001).

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo como? e por que? quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2001).

Baseando-se nestas contestações de Yin (2001), podemos considerar que o estudo de caso exploratório se enquadra em nossa pesquisa quando salientamos questões do tipo: Como entender a relação da hospitalidade e os produtos e serviços da hotelaria hospitalar?

Ainda para Yin (2001), o estudo de caso contribui para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. O que se enquadra no entendimento de nossa pesquisa no que se refere à compreensão dos fenômenos sociais. Em resumo, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características significativas dos eventos da vida real, tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais, operacionais e administrativos (YIN, 2001).

O Hospital X foi escolhido intencionalmente para a realização desta pesquisa, devido à autora ter sido parte integrante do corpo de funcionários do estabelecimento entre o período de 2013 a 2016. Trata-se de um hospital particular existente há mais de 65 anos na cidade de Curitiba-PR fundado por irmãs vicentinas e de cunho filantrópico. É referência no mercado de saúde da cidade por sua tradição e qualidade, atendendo a todas as especialidades, desde o atendimento emergencial ao eletivo, sendo a hematologia e a obstetrícia suas especialidades de maior execução. Possui certificação nível três pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar, e todos os anos, passa pela avaliação desta mesma certificação para validar se os processos estão sendo cumpridos, e para a permanência do título.

Para entendermos a atuação da hotelaria hospitalar na instituição, foi preciso compreender como a estrutura física do hospital é estabelecida. O prédio do hospital está subdividido em quatro andares onde estão as unidades de internação, cada andar possui dois corredores com aproximadamente 25 leitos cada. Os quartos são subdivididos por características cirúrgicas, totalizando 206 unidades de internação, entre eles os leitos de UTI's. O número de pacientes/ano entre o período de 2014 a 2015 foi de 60.000 pessoas atendidas, e conta com mais de 1500 colaboradores diretos e indiretos. Utilizamos esta linha de tempo, a fim de compreender um universo de amostras com números significativos para a pesquisa, coletando os dados estatísticos do sistema interno de gestão, pesquisas do SAC (Apoio ao cliente) e ouvidoria.

O setor da hotelaria engloba 212 funcionários entre limpeza, processamento e abastecimento de roupas de todo o Hospital X. Hoje este setor recebe a nomenclatura de hotelaria, mas sua forma de execução é bastante distinta, pois as áreas de higienização e processamento de roupas trabalham em paralelo.

As pesquisas realizadas nesta dissertação foram por intermédio de colaboradores do setor de hotelaria hospitalar com o devido conhecimento e autorização da diretoria executiva. As pesquisas foram divididas em três etapas distintas que serão discriminada em detalhes nos tópicos seguinte e nas análises de resultados.

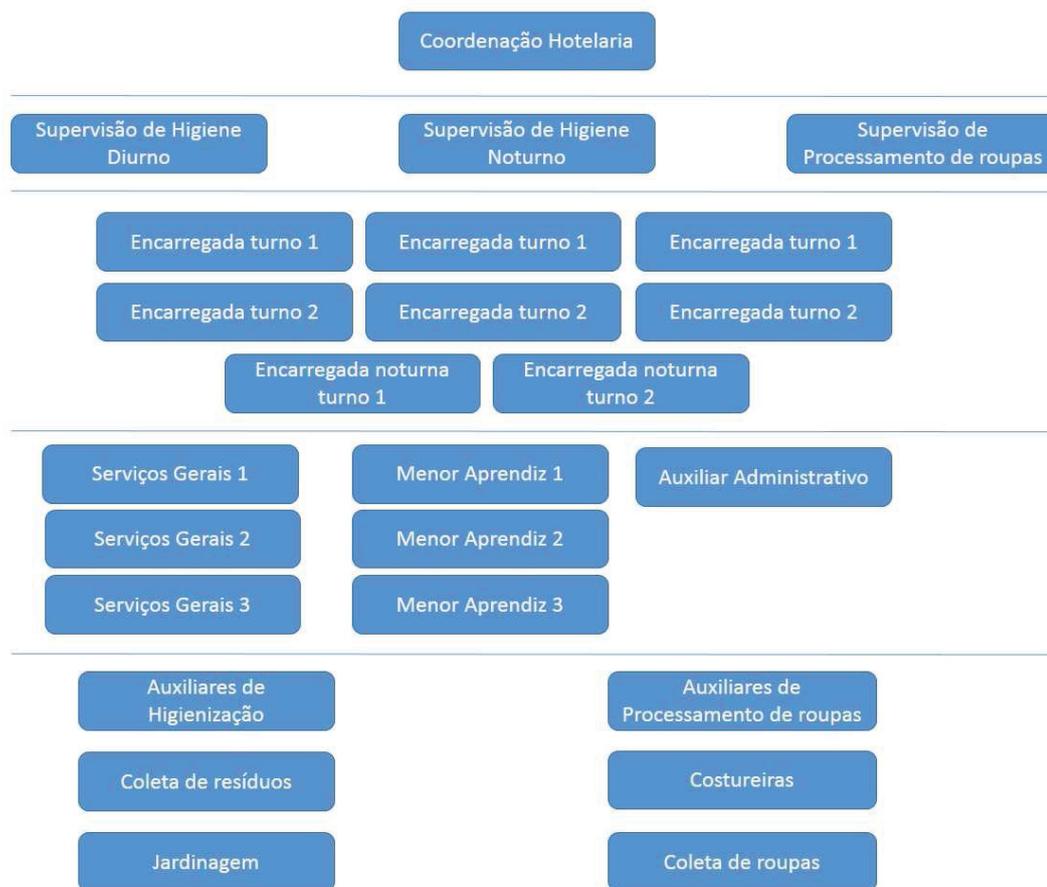


Figura 2 – Organograma Hotelaria
 Fonte: Dados do pesquisador (2016)

3.2 DESENHO DA PESQUISA (ETAPAS 1, 2 E 3)

Quando definimos o estudo de caso para esta pesquisa, precisávamos direcionar os dados coletados no campo, e utilizamos para tanto a coleta e a análise de dados quantitativos e qualitativos que foram compreendidos em questionários com questões abertas e fechadas. Estes dados fizeram parte da Etapa 1 da pesquisa de campo, realizada em 2015.

A pesquisa quantitativa preocupa-se com quantificação de dados, utilizando para isto recursos e técnicas estatísticas; é muito utilizada em pesquisas descritivas onde se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis ou em pesquisas conclusivas, onde se buscam relações de causalidade entre eventos (OLIVEIRA, 1999, citado por CESAR, [2005]). Já a abordagem qualitativa para a mesma autora, tem sido frequentemente utilizada em estudos voltados para a compreensão da vida

humana em grupos, em campos como sociologia, antropologia, psicologia, dentre outros. Pesquisas qualitativas envolvem uma grande variedade de materiais empíricos, que podem ser estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, relatos de introspecções, produções e artefatos culturais, interações, enfim, materiais que descrevam a rotina e os significados da vida humana em grupos. (DENZIN; LINCOLN, 2000).

Neste caso utilizamos a pesquisa qualitativa para compreendermos as questões abertas dos pacientes oferecendo oportunidades para explicação e apresentação dos resultados, a partir dessa qualificação foi solicitado aos clientes de saúde comentários e observações sobre cinco grandes grupos: Hotelaria; Infraestrutura, Manutenção e Equipamentos; Assistência; Tecnologia e Nutrição. A Hotelaria (Grupo 1), constaram as opiniões relativas à qualidade da limpeza, à troca de móveis, à qualidade dos enxovais (cama e banho), à falta de controle remoto, à vistoria de itens como lâmpadas, poltronas, móveis entre outros.

A Infraestrutura, Equipamentos e Manutenção (Grupo 2) abrangeu as observações sobre camas quebradas (comandos, grades, cabeceiras), quartos pequenos e sem ventilação, problemas com chuveiro, vaso sanitário, falta de conforto, móveis velhos, entre outros.

A Assistência (Grupo 3), refere-se aos comentários sobre a qualidade no atendimento médico, da enfermagem, da farmácia, da segurança e da equipe de internação. A Tecnologia (Grupo 4) refere-se aos comentários sobre a rede *wi-fi* e aos canais à cabo disponíveis. A Nutrição (Grupo 5) incluiu informações coletadas sobre a qualidade das refeições e atendimento das copeiras. No total desta etapa compilamos 413 observações qualitativas subdivididas por andares e especificidade de internações, conforme tabela 1:

Tabela 1 – Dados da etapa 1 – quantidade de apontamentos por andar

Andar e Especificidade	Observações		
	Fevereiro	Março	Abril
1º Posto 1 - Hematologia	0	0	3
1º Posto 2 - Oncologia	11	4	8
2º Posto 1 - Maternidade	13	31	47
2º Posto 2 - Cirúrgico/Pediátrico	7	32	48
3º Posto 1 - Clínico	8	13	26
3º Posto 2 - Clínico	1	8	13

3º Posto 3 - Clínico	5	15	10
4º Posto 1 - Cirúrgico	14	26	18
4º Posto 2 - Cirúrgico/particular	10	11	31
Total de apontamentos	69	140	204

Fonte: DADOS DA PESQUISA (2015)

Para a Etapa 2 da pesquisa de campo, realizada entre Setembro e Outubro de 2015 utilizamos o *Design Thinking* para a elaboração das personas. Esta ferramenta é, em grande parte, resultado da necessidade de redefinir e inovar em vários aspectos relacionados ao cenário organizacional e de negócios. Assim e segundo Brown (2008), “o processo de *Design Thinking* gira em torno de três fases fundamentais: inspiração, ideação e implementação”. Durante essas fases, os problemas são questionados, as ideias geradas e as respostas obtidas. Elas não são lineares, pois podem ocorrer simultaneamente e se repetir para construir as ideias ao longo do *continuum* da inovação.

Ao longo do tempo múltiplos modelos de *Design Thinking* emergiram baseados em uma variedade de formas de ver o design e utilizando teorias e ferramentas de áreas diversas áreas como *design*, psicologia e educação (DORST, 2011). O *Design Thinking* caracteriza-se como um processo essencialmente criativo, que encoraja pensamento inovador e evita julgamentos precoces, causando um acúmulo de ideias distintas sobre a questão estudada (LIEDTKA, 2011). O método reúne um conjunto de princípios que podem ser aplicados por diversas pessoas a uma ampla variedade de problemas, o mesmo não se limita ao lançamento de produtos físicos, mas incluem novos tipos de processos, serviços, interações, formas de entretenimento e meios de colaboração e comunicação (BROWN, 2010).

Segundo Cooper (1998), o método proposto por ele parece trivial, mas é muito efetivo em cada caso, pois “nós criamos falsos usuários e projetamos para eles” (COOPER, 1998, p. 158). *Personas* são personagens fictícios que possuem certas características de um grupo de usuários (BAER, 2008). Sendo assim, afere-se que cada *persona* é baseada em um personagem fictício, cujo perfil foi elaborado para conectar-se com um grupo social existente. *Personas* não tem o objetivo de sintetizar todos os públicos, mas sim, estabelecer os principais públicos a serem atingidos no projeto a ser desenvolvido – neste caso, a elaboração de produtos para a hotelaria hospitalar. Desta maneira, cada *persona* assume atributos dos grupos aos quais representam (KSHESSEK, 2014).

É sempre interessante elaborar mais de uma *persona*, principalmente se a empresa trabalhar com vários produtos, serviços ou diferentes públicos. Outra razão é quando se tem vários perfis de público diferentes, é importante considerar as diferentes *personas* que entram no processo em momentos diferentes e suas respectivas preocupações.

O recorte temporal utilizado foi de 2014 e 2015 nas Etapas 1 e 2, sendo as mesmas realizadas em três períodos distintos conforme verificaremos a seguir:

A Etapa 1 foi realizada no ano de 2015, nos meses de: fevereiro, março e abril e iniciamos a pesquisa compreendendo o funcionamento do setor da hotelaria. Criamos um roteiro, através de questionário assistido, onde dois funcionários “menores aprendiz” entravam nas acomodações e perguntavam se o paciente e/ou acompanhante tinham interesse em participar de uma pesquisa referente a qualidade dos leitos e dos serviços do hospital, mais especificamente, sobre a Hotelaria do Hospital. Estes menores foram antecipadamente instruídos em como abordar os clientes, em quais os leitos os mesmos poderiam entrar, devido às restrições de quartos com precauções e isolamento, e possuíam a devida autorização dos enfermeiros supervisores dos andares, já previamente avisados por e-mail. Este questionário era composto de 5 itens: qualidade do enxoval do quarto, qualidade do enxoval do banheiro, qualidade da limpeza, qualidade da TV (canais a cabo) e qualidade dos móveis. As pontuações eram feitas através dos conceitos: péssimo, ruim, bom e ótimo. Também eram considerados nas entrevistas as críticas e sugestões observadas pelos acompanhantes de forma aberta.

Com os resultados, conseguimos analisar o índice de satisfação do cliente referente à hotelaria hospitalar no Hospital X. Com a primeira etapa da pesquisa concluída, conseguimos obter um perfil do atual cenário que a hotelaria hospitalar do hospital analisado se encontrava e, então, demos andamento à etapa 2 da pesquisa.

A etapa 2 foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2015. O tempo de uma análise para outra, foi em decorrência da maturação que precisávamos para compilar todos os dados da Etapa 1, de entender como faríamos para avançar das análises para a conformação dos produtos e serviços embasados na hospitalidade, e de como seria realizado este processo.

Com os resultados do cenário atual (Etapa 1) precisávamos identificar para quem e como seriam aplicados nossos esforços para a elaboração dos serviços e produtos da hotelaria baseados nos principais apontamentos dos clientes de saúde,

foi então que iniciamos a análise de dados estatísticos do sistema de gestão (censo), extraindo dados para distinguirmos quem era nosso público. Com os dados coletados, que abrangeram os anos de 2014 e de 2015 identificamos e elaboramos três perfis de pacientes mais recorrentes que utilizam o Hospital X enquadrando os mesmo em *personas*, utilizando-se da ferramenta do *Design Thinking*.

Na etapa 3, realizamos o encerramento desta dissertação validando com os clientes de saúde sua opinião sobre os serviços e produtos sugeridos a cada perfil, o qual identificamos através do *Design Thinking* realizados na etapa dois. A terceira etapa foi concretizada no segundo semestre de 2017 com a devida autorização da diretoria do Hospital X, visto que, a autora não fazia mais parte do corpo de colaboradores da instituição. Em decorrência disso, a última etapa contou com três entrevistas qualitativas, uma para cada perfil identificado. O aceite destes entrevistados nos trouxe um aporte positivo e também negativo de tudo o que foi tratado nas etapas anteriores, trazendo seu índice de satisfação no que foi proposto, e colocando em prática tudo o que foi idealizado com base nas pesquisas. Dessa forma foi possível avaliar a hospitalidade de maneira tangível em produtos e serviços, utilizando-se da hotelaria hospitalar como ferramenta a cada um dos clientes de saúde da instituição.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os resultados das três etapas da pesquisa, realizadas nos anos de 2014, 2015 e 2017. Os resultados referem-se à conformação dos produtos e serviços da hotelaria hospitalar (Etapa 2) com base nos itens de maior relevância apontados pelos clientes de saúde (Etapa 1), baseados nos preceitos da hospitalidade, findando com a opinião dos clientes de saúde sobre os serviços e produtos propostos (Etapa 3). Estas etapas serão descritas a seguir.

4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA 1

Com a primeira fase da pesquisa, realizada em Fevereiro, Março e Abril de 2015, obtivemos 1.261 pessoas (leitos) entrevistados, de um total de 12.123 leitos ocupados, representando 10,40% dos pacientes. As entrevistas foram aplicadas nos leitos de apartamentos e enfermarias, englobando tanto o paciente como o acompanhante, de natureza particular e convênios o que nos resulta em três óticas diferentes.

Os dados quantitativos apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4, referem-se à avaliação dos itens: qualidade do enxoval do quarto, qualidade do enxoval do banheiro, qualidade da limpeza, qualidade do aparelho de televisão e canais a cabo e, qualidade do mobiliário. Nesta etapa solicitamos que os itens fossem qualificados em: péssimo, ruim, bom ou ótimo.

Compilamos os dados de todos os andares e leitos entrevistados em uma única planilha dividida por mês. As avaliações referentes à Fevereiro indicaram que as primeiras impressões que os 184 pacientes entrevistados tiveram quanto aos itens pesquisados foram: 84,63% caracterizaram como bom, 15,37% como ótimo e 3,14% como ruim e, nenhuma das entrevistas assinalaram os itens como péssimo. Em contraste foi verificado que ao consideramos as opiniões dos pacientes e acompanhantes (fase qualitativa), alguns apontamentos apresentados eram distintos das avaliações quantitativas.

Tabela 2 – Avaliação Quantitativa Fevereiro 2015

AVALIAÇÕES HOTELARIA – ENTREVISTAS					
Mês – Fevereiro			Nº de Entrevistados: 184		
Avaliação realizada por: 2 funcionários - Menores Aprendiz	Entrevistas realizadas: 1º / 2º / 3º e 4º andar		Pacientes Internados: 4352		
	Péssimo	Ruim	Bom	Ótimo	Total
Qualidade do Enxoval – Quarto	0	6	147	21	174
Qualidade do Enxoval – Banheiro	0	4	144	21	169
Qualidade da limpeza	0	3	139	28	170
Qualidade da TV	0	4	151	16	171
Qualidade dos móveis	0	10	146	19	175
	0	27	727	105	859

Fonte: DADOS DA PESQUISA (2015)

No mês de Março obtivemos 37,86% mais entrevistados que o mês de Fevereiro e, as alas que tiveram maiores incidências de observações foram: o 2º andar Posto 2 (pediatria) com 32 pontuações, 31 pontuações do 2º andar posto 1 (maternidade) e 26 pontuações do 4º andar posto 1 (cirúrgico), conforme Tabela 3. Nesta análise a grande maioria dos 486 entrevistados optou pelos índices bom e ótimo na pesquisa quantitativa, comparado com o mês de Fevereiro todos os itens tiveram uma redução no item bom e um aumento no item ótimo.

Tabela 3 – Avaliação Quantitativa Março 2015

AVALIAÇÕES HOTELARIA – ENTREVISTAS					
Mês – Março	Percentual de entrevistados: 9,40%			Nº de Entrevistados: 486	
Avaliação realizada por: 2 funcionários - Menores Aprendiz	Entrevistas realizadas: 1º / 2º / 3º e 4º andares			Pacientes Internados: 5169	
	Péssimo	Ruim	Bom	Ótimo	Total
Qualidade do Enxoval – Quarto	0	6	256	79	341
Qualidade do Enxoval – Banheiro	0	9	256	80	341
Qualidade da limpeza	0	7	248	90	345
Qualidade da TV	0	3	266	52	321
Qualidade dos móveis	2	28	244	51	325
	2	53	1270	352	1673

Fonte: DADOS DA PESQUISA (2015)

No mês de Abril obtivemos 591 entrevistas, 21,60% A mais que o número de entrevistados no mês de março e 31,13% do que o mês de fevereiro. Tivemos 204 observações realizadas por todos os entrevistados, mas os andares com a maior incidência foram realizadas pelo 2º andar posto 2 (pediatria) com 48 observações, 2º andar posto 1 (maternidade) com 47 observações e 4º andar posto 2 (particular) com 31 observações. A pesquisa neste mês teve um aumento ainda maior no item ótimo e a média do item bom permaneceu a mesma como Fevereiro e Março.

Tabela 4 – Avaliação Quantitativa Abril 2015

Avaliações Hotelaria – Entrevistas					
Mês – Abril	Percentual de entrevistados: 13,81%			Nº de Entrevistados: 591	
Avaliação realizada por: 2 funcionários - Menores Aprendiz	Entrevistas realizadas: 1º / 2º / 3º e 4º andares			Pacientes Internados: 4278	
	Péssimo	Ruim	Bom	Ótimo	Total
Qualidade do Enxoval – Quarto	4	7	456	130	597
Qualidade do Enxoval – Banheiro	0	3	431	130	564
Qualidade da limpeza	0	12	429	144	585
Qualidade da TV	0	7	458	130	595
Qualidade dos móveis	5	48	391	140	584
Total					2925

Fonte: DADOS DA PESQUISA (2015)

Observamos que os andares com maior índice de reclamatória de Infraestrutura dos três meses avaliados foram o 4º andar Posto 2, por ser leitos particulares com um público mais exigente, demonstrou maior descontentamento com a Infraestrutura, Manutenção e Equipamentos.

No 2º andar, os Postos 1 e 2 (maternidade e pediátrico cirúrgico), nestes andares a infraestrutura é bastante antiga e a ocupação é bastante alta, o que desgasta ainda mais os equipamentos, dificulta a manutenção dos leitos e tem o maior número de enfermarias, item com bastante relevância na satisfação apontada pelos clientes quando se refere a conforto, ventilação e espaço.

Percebemos que com a pesquisa qualitativa a primeira impressão dos pacientes é caracterizado como bom e ótimo, investigamos a permanência dos mesmos neste período em cada leito para analisar o quão crítico se torna o mesmo com uma permanência maior no hospital e concluímos que no mês de fevereiro cada paciente permaneceu em média 3,87 dias no hospital, no mês de março 3,44 dias e no mês de abril 3,28 dias. O giro de leitos representa quantas vezes os leitos foram usados dentro do mês, a média foi: fevereiro 5,12 vezes, março 6,88 vezes e abril 6,53 vezes. O que nos mostra que quanto maior for o giro, menor é a permanência do paciente no leito.

Os andares que receberam o maior número de entrevistas foram o 2º postos 1 e 2, pacientes de mais fácil acesso pela característica do internamento. Os leitos de precaução e hematológicos que tratavam de pacientes imunossuprimidos não foram abordados, por este motivo o 1º Posto 1 e Posto 2 (hematologia e oncologia)

receberam poucas entrevistas.

A faixa etária dos pacientes entrevistados no período foi de 31 à 35 anos (566 pacientes) / 26 à 30 anos (417 pacientes), este dados foram adquiridos através da ficha de internação do paciente. As acomodações mais utilizadas no período foram: 1561 apartamentos e 1142 enfermarias.

Nenhuma das observações apontadas pelos pacientes relatou falhas na qualidade da prestação de serviços pelos colaboradores da hotelaria, o que pudemos observar é que os apontamentos foram direcionados a falha de gestão nos processos internos, como a falta de verificação dos itens para a entrega do quarto, falha no abastecimento do enxoval e algumas pontuações na qualidade da limpeza concorrente (limpeza realizada quando o paciente permanece no leito), classificadas como superficiais.

A percepção que obtivemos com esta pesquisa é que a visão do paciente quando o mesmo consegue se expressar de forma clara, muitas vezes é bastante objetiva, e seu maior interesse é o seu bem estar e cura. De todos os entrevistados 29,18% foram pacientes, um total de 368. Percebemos que independente de sua patologia, as críticas são ativas, tanto em andares como a maternidade, onde o motivo do internamento é uma celebração, quanto ao paciente oncológico que está bastante debilitado, físico e emocionalmente.

A visão do acompanhante é bastante crítica e peculiar, pois os mesmos têm percepções muito mais aguçadas que os pacientes por usufruírem de toda a infraestrutura do hospital, da tecnologia, da segurança, da assistência, do conforto, da alimentação e da hotelaria. A pesquisa abordou 893 acompanhantes que nos mostram um cenário que pode ser bastante melhorado pela visão dos itens questionados.

E por fim temos a visão do paciente particular, onde os mesmos ficam alojados no 4º andar posto 2 e nos apresentam muito mais critérios que os demais leitos avaliados, neste andar o paciente e o acompanhante são muito mais exigentes em todos os itens avaliados, como podemos constatar na pesquisa.

Como se trata de um hospital de mais de 60 anos, e com pouco investimento na modernização das unidades de internação, percebemos que os pontos mais relevantes além da falta de investimentos são: a falta de manutenção preventiva, desconforto dos acompanhantes para pernoitar e a falta de enxoval para os mesmos, também obtivemos pontos que podem ser melhorados como a renovação do mobiliário, melhoria em utilidades simples como a qualidade dos travesseiros,

melhoria na expansão de *modens* com maior cobertura de internet, investimento em camas mais modernas e ar condicionado, melhorar a atenção das auxiliares de higienização e encarregadas na reposição dos enxovais e na vistoria dos leitos antes de liberarem para uso, treinamentos para a equipe de enfermagem, principalmente apontadas no andar da maternidade.

4.1.1 Análise das principais queixas do SAC (Serviço de Apoio ao Cliente)

No período de análise, compreendido nos anos de 2014 e 2015, o SAC obteve 83 queixas relacionadas à Hotelaria Hospitalar que continham queixas de diversas naturezas, e que em grande parte, não faziam jus exclusivamente ao setor da hotelaria, mas estava atrelada a dependência de outros setores que também contribuíam para a realização da reclamação.

Das 83 queixas, 57 foram sobre a demora na liberação dos leitos, que esta atrelada a uma série de falhas nas operações, algumas das quais independem das atividades da Hotelaria Hospitalar, como: demora na alta médica, demora na alta da enfermagem, pertences do paciente no quarto que não foram encontrados, paciente aguardando transporte, qualidade da refeição insatisfatória, etc. Considera-se que como são fatores diversos e cotidianos que contribuem para o atraso da entrega de um leito, mas que junto aos setores envolvidos vinham a ser notificados também ao setor de hotelaria, pois o setor pertencente à cadeia operacional para a liberação de um leito.

Averiguamos que a parcela de responsabilidade da hotelaria hospitalar dizia respeito à demora na higienização, que ocorre por diversos motivos operacionais não abordados neste estudo. As queixas à demora da entrega do leito, não são especificadas por falta de conhecimento da própria operação que não tem como diagnosticar qual o fator de verdade ocorreu para a demora da entrega na ocasião da realização da queixa, por este motivo, diversos são os setores notificados.

Outras queixas levantadas nesta análise foram: Má qualidade na limpeza (8); Achados e perdidos não localizados (9); Barulho na realização da limpeza (5) e Rispidez de funcionários (4).

4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA 2

A Etapa 2 teve como objetivo identificar o público alvo da instituição, compreendendo quais eram os perfis que mais frequentavam o hospital e o motivo. A partir destes dados, podíamos começar a delinear os serviços e produtos com base nos preceitos da hospitalidade adjunto aos dados extraídos da pesquisa realizada na etapa 1, junto a análise das reclamações do SAC, onde era sabido os pontos frágeis e o que os clientes de saúde almejavam.

Nesta fase analisamos o cadastro de 32.249 pacientes internados no período de 2014 e 2015. Estas informações foram coletadas do sistema de gestão da instituição chamado Tasy.

Conseguimos extrair dos cadastros as seguintes informações: Sexo, faixa etária, especialidades realizadas (procedimentos cirúrgicos e motivo da internação), região geográfica, escolaridade, tempo de permanência e estado civil. Após o levantamento dos dados, iniciamos a utilização da ferramenta do *Design Thinking* para conseguir identificar três principais perfis que mais utilizavam o hospital, e então desenvolver a estes, produtos e serviços de forma personalizada e baseada em suas principais necessidades. Veremos na sequência com mais detalhes como foi à utilização desta metodologia.

Analisamos o perfil de 15.690 pacientes no ano de 2014 e 16.559 pacientes no ano de 2015, como podemos analisar no comparativo dos gráficos seguintes.

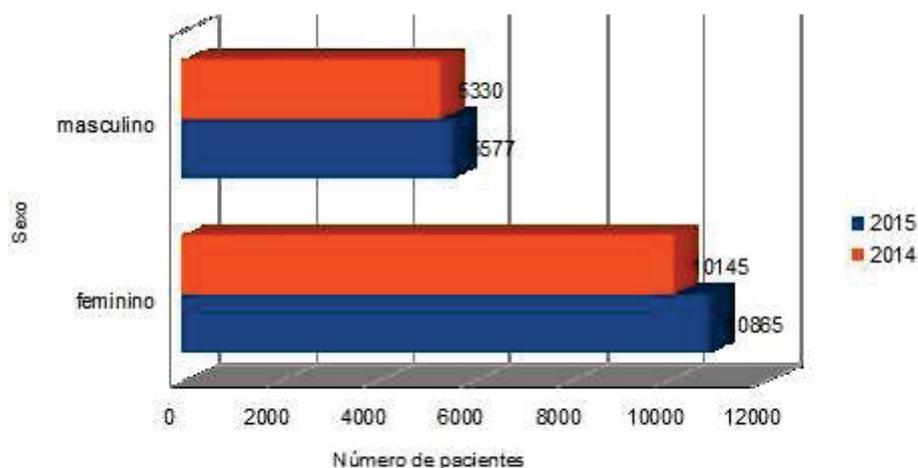


Figura 3 – Sexo dos pacientes internados – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
Fonte: Sistema Tasy.

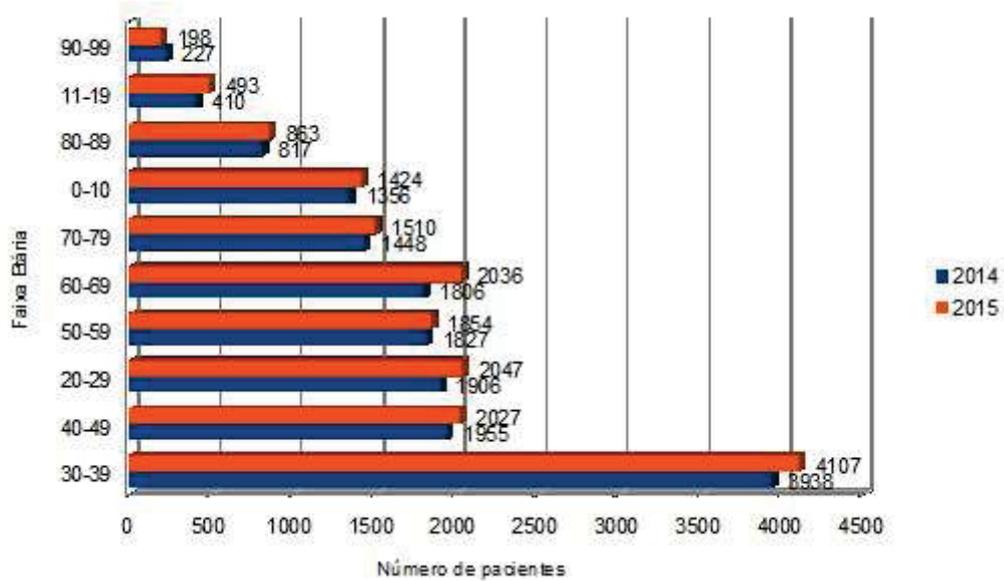


Figura 4 – Faixa etária dos pacientes – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
 Fonte: Sistema Tasy

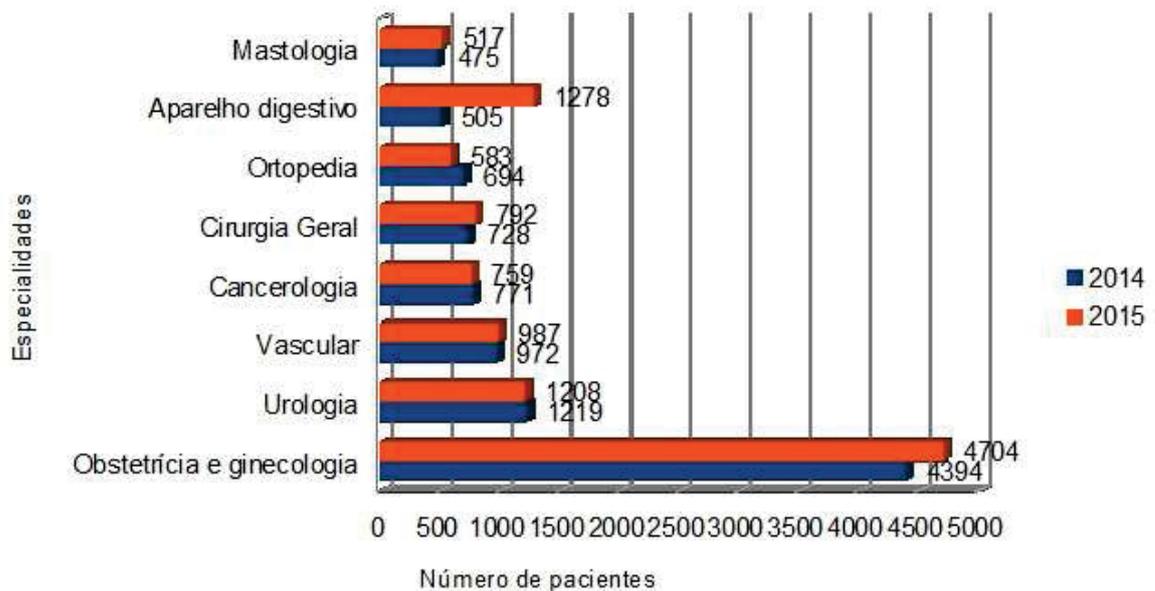


Figura 5 – Especialidades – Principais procedimentos realizados – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
 Fonte Sistema Tasy

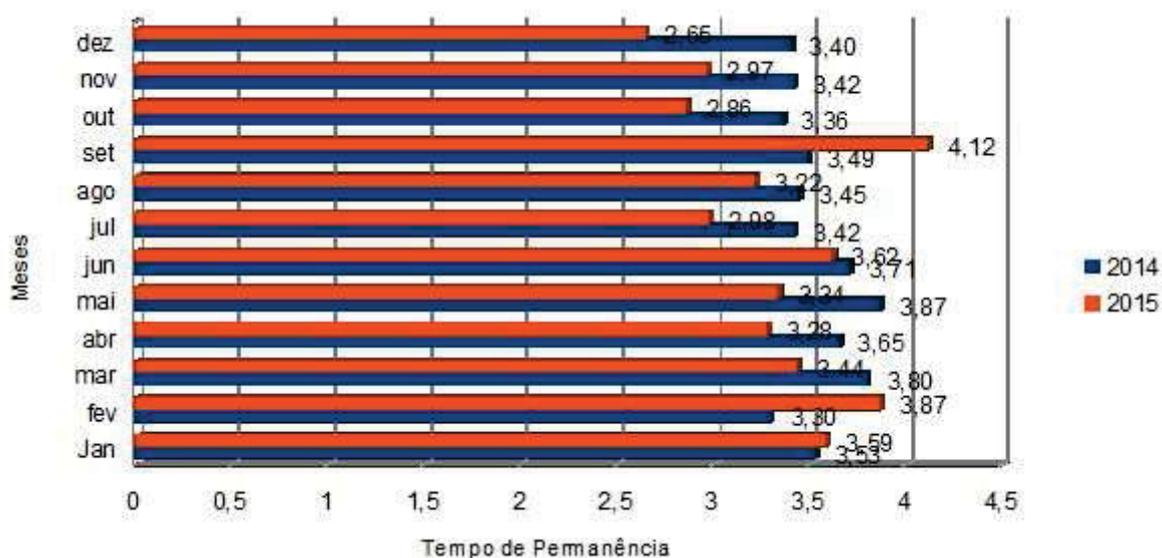


Figura 6 - Tempo de permanência dos pacientes – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
 Fonte: Sistema Tasy.

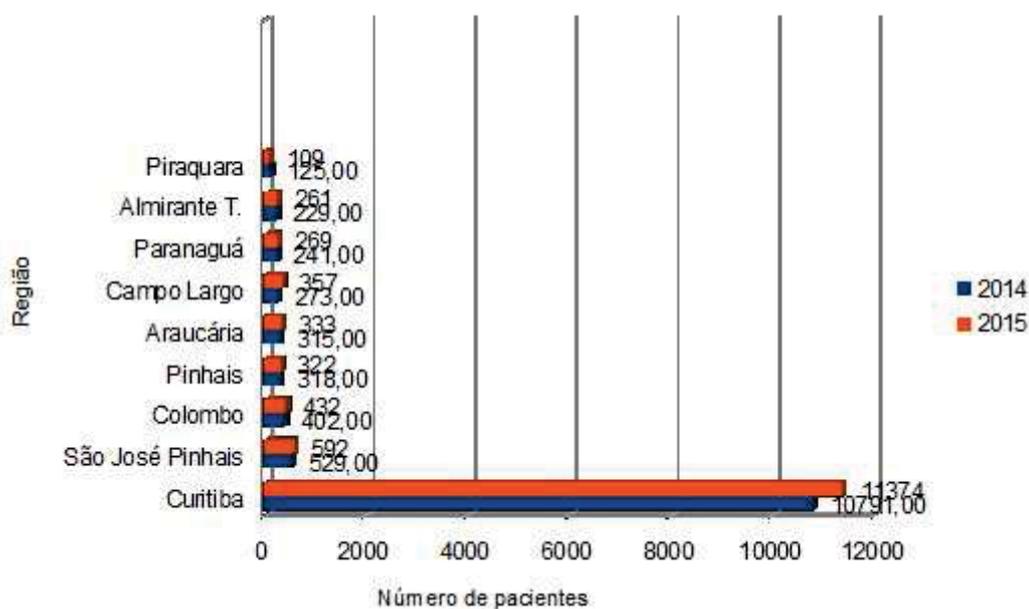


Figura 7 – Região Geográfica - Origem dos pacientes internados – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
 Fonte: Sistema Tasy.

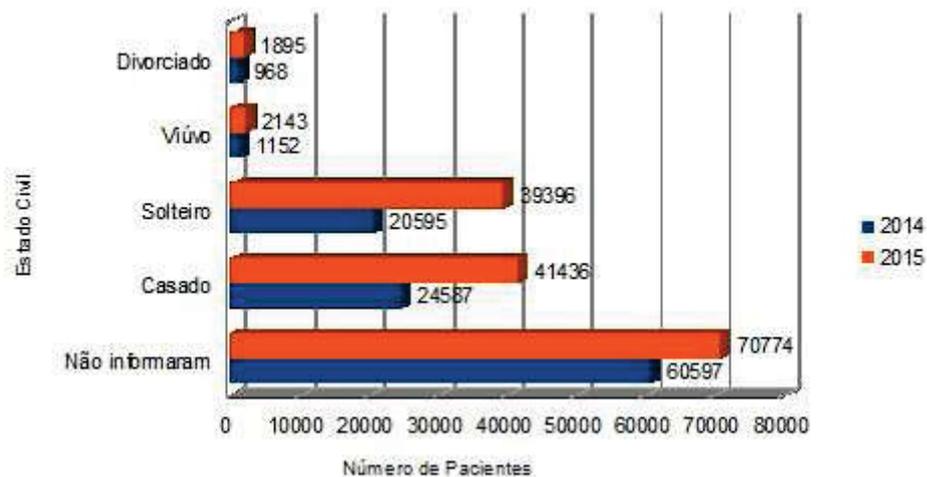


Figura 8 – Estado civil dos pacientes internados – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
 Fonte: Sistema Tasy.

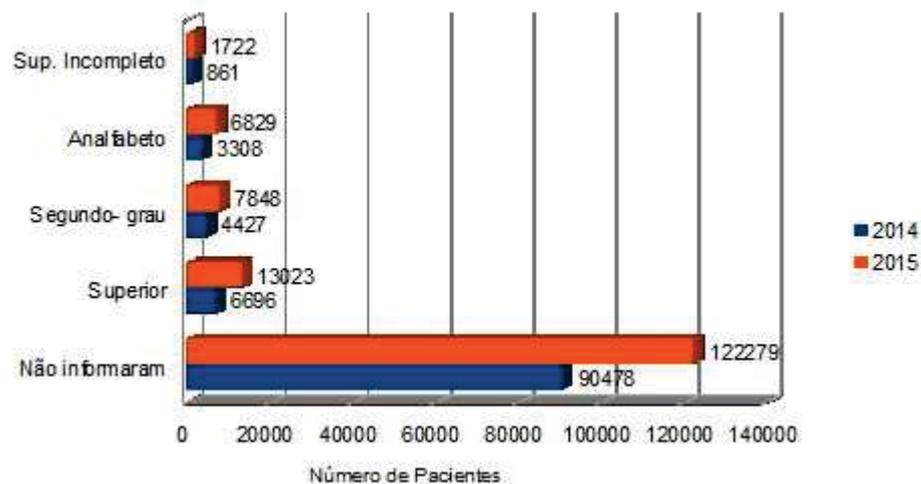


Figura 9 – Escolaridade dos pacientes internados – Janeiro à Dezembro de 2014 e 2015
 Fonte: Sistema Tasy.

4.2.1 Criação de Personas/ Produtos e Serviços.

A criação das personas resultou da análise e interpretação dos dados coletados do cadastro dos pacientes (sistema de gestão 2014/2015), junto a compilação de dados extraídos da etapa 1 análise de suas principais queixas e apontamentos), adjacentes as queixas do SAC/ ouvidoria. Com a junção dos desfechos, elaboramos três produtos/serviços para cada persona criada, destacando os itens que de fato são mais valorizados pelos pacientes do hospital conforme suas

experiências e relatos, que serão descritos adiante no presente estudo.

Para darmos início a conformação das personas, fizemos uma reunião com as lideranças de: enfermagem, diretores executivos, marketing e gerências operacionais para apresentar os dados da pesquisa e compilar junto aos mesmos a percepção de cada um dos perfis, distinguindo os produtos que mais se adaptariam a realidade do hospital. Desta maneira obtivemos a visão do cliente e dos líderes, que pontuaram itens mais palpáveis a realidade da instituição, conforme suas experiências diárias.

Todas as personas, aqui, apresentadas foram criadas com bases em informações verdadeiras e experiências reais. O agrupamento dos clientes de saúde na elaboração de cada *persona*, ocorreu conforme a maior ou menor evidência de um determinado dado estatístico ou de suas experiências, pesquisados durante as duas primeiras etapas da dissertação.

Para se compreender como foram criadas as personas, segue a análise realizada, baseada nos três principais perfis, com base nos maiores indícios de cada grupo.

O principal perfil do hospital é formado por mulheres, com uma representatividade de 51,33%; Na faixa etária de 30-39 anos. Para os que especificaram seu estado civil, a grande maioria são casadas, e para as que indicaram seu nível de escolaridade, o superiores foi o preponderante. Quanto a região geográfica a grande maioria é proveniente da própria cidade de Curitiba. O principal procedimento cirúrgico realizado no período foi à obstetrícia, utilizando-se do plano de saúde para pagamento de suas despesas. O tempo de permanência foi de 3 dias, o que caracteriza ainda mais a maternidade como público alvo do Hospital.

O segundo perfil analisado foi o paciente particular, que não utiliza do plano de saúde para o pagamento de suas despesas. Do sexo masculino, contemplam as idades de 40-59 anos, com nível superior completo e casados. Possuem sua permanência média em 3 dias, tendo como principais motivos de internação o tratamento oncológico, urológico e cirurgias gerais. Também são provenientes da cidade de Curitiba.

Por fim o terceiro perfil mais expressivo para análise, foi o da terceira idade, englobando as idades de: 60-79 anos, continuando com o sexo predominante de mulheres. As cirurgias vasculares e gerais foram as mais expressivas e as pacientes com maior índice referente a escolaridade foram as com ensino médio completo. Casadas, possuem uma permanência de 4 dias, utilizam também o plano de saúde

como forma de pagamento e são provenientes da cidade de Curitiba.

Com base nestes dados, os perfis gerais identificados de pacientes foram: Paciente Maternidade (descrito como Persona 1); Paciente Particular (descrito como Persona 2) e Paciente Terceira idade (descrito como Persona 3). Utilizamos de nomes fictícios, criados deliberadamente como forma de fornecer mais veracidade as personas, bem como fotos ilustrativas para elucidar o personagem.

PERSONA 1 – PACIENTE MATERNIDADE		FONTE DOS DADOS	
Foto		http://www.viverunimed.com.br/gestante.php . Acesso: 24 jan. 2016	
Nome Fictício	Ana Carolina Ferreira	Eleição Aleatória	
Perfil Geral	Sexo	Mulher	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Idade	32 anos	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Tempo de permanência	3 dias	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Estado civil	Casada	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Cidade de origem	Curitiba	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Pagamento	Convênio/Particular	Dados sistema Tasy 2014/2015 e gerente de serviços e operações.
	Escolaridade	Superior	Dados sistema Tasy 2014/2015
Perfil da Hospedagem	Queixam-se da falta de conforto para o pernoite do acompanhante e a falta de enxoval para o mesmo.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Apontam a falta de exclusividade na sala de espera.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Apontam desconforto nas enfermarias, em decorrência do espaço ser pequeno para duas gestantes.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Apontam a má qualidade do enxoval nas enfermarias.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Apontam o calor dos quartos, como fator de desconforto.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Apontam que o atendimento da enfermagem poderia ser melhor		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Gostariam de mais exclusividades em uma data tão importante.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.

Quadro 6 – Persona 1 – Paciente Maternidade
Fonte: Autoria Própria (2016)

A partir do desenho da Persona 1, foi possível apresentar uma proposta de produtos e serviços que se adequam ao seu perfil de hospedagem, conforme segue:

- Sala de espera exclusiva para os acompanhantes, climatizado, com aromas de bebê

e vídeo do berçário, com câmeras individuais nos berços dos bebês que acabaram de nascer;

- Kit de higiene (vendável) para a gestante e para o bebê, disponibilizado nos quartos;
- Planos exclusivos de Acomodações maternidade nas suítes e apartamentos;
- Poltrona ergonômica de amamentação (Suítes e apartamentos);
- Roupão e chinelo para a gestante (Suítes e apartamentos);
- Room Service 24h;
- Quartos decorados com motivos infantis (suítes e apartamentos);
- Cama Box e enxoval exclusivo para o acompanhante (suítes e apartamentos);
- 02 garrafas de Águas cortesia, por dia e prato de frutas de boas-vindas;
- Café da manhã para o acompanhante;
- Micro-ondas/ Frigobar, ar-condicionado e secador (suítes e apartamentos);
- Internet wi-fi e canal interno de TV com imagens da maternidade;
- Serviços de *welcome coffe* para os convidados (disponíveis apenas para as suítes);
- Álbum do bebê pela internet;
- Enfermagem exclusiva com a filosofia do atendimento humanizado;
- Serviços de cabeleireiro, manicure e maquiador para a gestante (terceirizado);
- Curso para gestantes durante a estadia, para primeiros cuidados com o bebê;
- Benção ecumênica, com visita de padres e pastores;
- Colocação de brinco por uma das irmãs da instituição (serviço gratuito).
- Mensageiro exclusivo para a gestante na ala particular.

Para a Persona 2 – Paciente Particular, descrita no quadro 7, tem-se como proposta de serviços e produtos:

- Serviço de aluguel de *Notebooks, Tablets e Vídeo Game*;
- Internet *Wi-fi* com a maior capacidade de navegação;
- *Room Service* 24h, com cardápios diferenciados e propostas saudáveis;
- Apartamentos e suítes exclusivas na ala particular, com decoração em tons neutros;
- Acomodação do acompanhante com cama Box e enxoval exclusivo;
- Enxoval exclusivo, toalhas bordadas, menu de travesseiros, roupão e chinelo;
- Jornal do dia e uma revista da escolha do paciente;
- Maior opção de canais a cabo e *pay per view*;
- Duas garrafas de água cortesia por dia, e uma garrafa de café para os acompanhantes;

- Café da manhã para o acompanhante;
- Abastecimento de frigobar com três opções de itens;
- Tábua e ferro de passar;
- Micro-ondas/ Frigobar, ar-condicionado e secador (suítes e apartamentos);
- Canal exclusivo de TV com imagens da recepção principal;
- Serviços de lavanderia e *concierge* exclusivos;

PERSONA 2 – PACIENTE PARTICULAR		FONTE DOS DADOS	
Foto		http://www.donome.com.br/presentes-para-homem-de-negocio . Acesso: 24 jan. 2016	
Nome Fictício	Eduardo Costa	Eleição Aleatória	
Perfil Geral	Sexo	Masculino	Dados sistema Tasy 2014/2015 e gerente de serviços, operações / corpo executivo.
	Idade	40 anos	Dados sistema Tasy 2014/2015 e gerente de serviços, operações / corpo executivo.
	Tempo de permanência	3 dias	Dados sistema Tasy 2014/2015 e gerente de serviços, operações / corpo executivo.
	Estado civil	Casado	Dados sistema Tasy 2014/2015 e gerente de serviços, operações / corpo executivo.
	Cidade de origem	Curitiba	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Pagamento	Particular	Dados sistema Tasy 2014/
	Escolaridade	Superior	Dados sistema Tasy 2014/
Perfil da Hospedagem	Pacientes executivos, políticos, de grande notoriedade pela sociedade.		Gerente de serviços e operações
	Pacientes que exigem exclusividade e sigilo.		Gerente de serviços e operações
	Pacientes que permanecem realizando suas atividades de trabalho, durante a recuperação.		Gerente de serviços e operações
	Pacientes exigentes com a alimentação		Gerente de serviços e operações
	Pacientes intolerantes com alto nível de estresse.		Gerente de serviços e operações

Quadro 7 – Persona 2 – Paciente Particular.

Fonte: Autoria própria (2016).

As características da Persona 3, a paciente de Terceira idade foram destacadas no quadro 8, e na sequência apresentada as propostas de serviços e produtos para seu perfil de hospedagem.

PERSONA 3 – PACIENTE TERCEIRA IDADE		FONTE DOS DADOS	
Foto		http://www.dicasdemulher.com.br/a-beleza-na-terceira-idade-dicas-e-opcoes-de-tratamentos . Acesso: 24 jan. 2016	
Nome Fictício	Clara Souza	Eleição Aleatória	
Perfil Geral	Sexo	Feminino	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Idade	65 anos	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Tempo de permanência	4 dias	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Estado civil	Casada	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Cidade de origem	Curitiba	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Pagamento	Convênio/ Particular	Dados sistema Tasy 2014/2015
	Escolaridade	Segundo- Grau	Dados sistema Tasy 2014/2015
Perfil da Hospedagem	Pacientes queixam-se da falta de barras de segurança e pisos antiderrapantes.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Pacientes relatam que o atendimento da enfermagem deveria ser específico a geriatria.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Pacientes queixam-se da qualidade do enxoval		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Pacientes gostariam de uma área aberta (jardim) para tomar sol e caminhar		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Pacientes relatam que as refeições poderiam ser melhores		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.
	Pacientes relatam que gostam muito das visitas da pastoral para orações.		Dados retirados dos questionários, na entrevista aos pacientes. Set/ Out 2015.

Quadro 8 – Persona 3 – Paciente Terceira Idade.
Fonte: Autoria própria (2016).

A proposta de serviços e produtos para o paciente de Terceira Idade (Persona 3), contempla:

- Acomodações exclusivas com barras de segurança e piso antiderrapante em toda a estrutura;
- Camas mais confortáveis e automatizadas;
- Poltronas exclusivas para o idoso;
- Voluntários para a realização de leituras, e aulas de pintura e crochê;

- Cardápio diferenciado com opções de menos sódio, ricos e cálcio (conforme prescrições médicas);
- Disponibilização de canais de *payperview*;
- Visitas ecumênicas diárias, com orações;
- Enfermagem treinada e exclusiva para o atendimento geriátrico;
- *Solarium* e área para caminhadas;
- Fisioterapia diária;
- Enxoval exclusivo e antialérgico;
- Caixas de som para escutar música;
- Cadeiras de rodas (desmontáveis) e cadeiras de banho para cada quarto destinado à terceira idade.

Conforme exposto nos quadros, todas as *personas* foram construídas em conjunto com os gestores do empreendimento e, seu perfil final, buscou identificar seus principais hábitos e necessidades de hospedagem. Nesta construção foram levados em consideração aspectos relacionados a hábitos, prestações de serviços no hospital, bem como os anseios e desejos dos pacientes.

Um aspecto relevante que reforçou a importância de desenvolver ferramentas para entender e analisar as necessidades emocionais dos consumidores, foi a validação da determinação de Brown (2010), ao propor que uma experiência de sucesso requer a participação ativa do consumidor; além de dar a este consumidor a sensação de ser autêntica, genuína e cativante; bem como as experiências devem ser cuidadosamente pensadas pelos gestores ou administradores.

Novos hábitos para os pacientes e acompanhantes foram criados e desenvolvidos neste estudo, visando aumentar ainda mais o grau de conforto e de aceitação da Hotelaria Hospitalar. Uma das questões mais pensadas foi o uso da tecnologia e da informática, como parceiros da hotelaria, sem que está automação cause despersonalização dos serviços oferecidos, além do lúdico ser pautado como uma forte ferramenta no auxílio do tratamento e na recuperação dos pacientes.

As propostas dos produtos e serviços expostos foram formalmente apresentadas à diretoria geral do hospital, que se mostrou bastante interessada em colocar em prática a validação das propostas apresentadas. A viabilidade financeira dos pacotes não será realizada nesta dissertação, podendo ser analisados em estudos futuros, ou pela própria instituição.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA 3

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa realizada com os representantes das personas definidas na etapa dois através do apanhado metodológico. A identidade dos entrevistados foi preservada, e utilizamos nomes fictício para identificar os diálogos. As frases que aparecerem no texto correspondem às expressões atribuídas pelos próprios pacientes durante as entrevistas, e devem ser interpretadas como uma representação do discurso dos mesmos. Vale ressaltar que os resultados apresentados foram fruto das considerações dos pacientes, sem que a entrevistadora expressasse opiniões ou julgamentos que pudessem influenciar o conteúdo das opiniões expressas. As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2017 e previamente autorizadas pela diretoria do hospital, visto que a autora não faz mais parte do corpo de colaboradores da instituição.

Foram realizadas 3 entrevistas distintas no mesmo dia, com o acompanhamento do enfermeiro gestor do andar. Selecionamos o perfil dos pacientes que se enquadravam na pesquisa através do sistema de gestão do hospital, e nesta seleção averiguamos quantas pessoas internadas na data da entrevista se adequavam ao que precisávamos avaliar, após a seleção, o enfermeiro coordenador entrava no leito, verificando se os pacientes tinham interesse em responder a pesquisa, depois do aceite, entrávamos ao leito e nos apresentávamos como pesquisador do curso de mestrado em turismo da UFPR, e que a finalidade de nossa entrevista era de cunho científico. Levamos em média, cerca de vinte minutos com cada persona, e realizamos um questionário de perguntas abertas com o propósito de obter o maior número de sugestões dos mesmos para contribuir com as nossas perspectivas.

Ao iniciar a entrevista, perguntamos a todos o que eles entendiam por hospitalidade, e após tomarmos nota das respostas, mostrávamos o quadro de produtos e serviços destinado a cada persona, para identificar qual era sua opinião a respeito das sugestões, e o que mais, e menos, tinha relevância para eles em sua estadia no hospital. A seguir apresentamos a posição de cada persona e suas considerações em relação aos produtos e serviços propostos.

4.3.1 Resultados da entrevista - Persona 1 Maternidade

Iniciamos a primeira entrevista do dia, com a Sra. Ana Carolina, que estava a dois dias internada, e realizou sua segunda cesárea. Iniciamos a pesquisa com a pergunta, o que é hospitalidade para você? A resposta da mesma foi: “Acolhimento”.

Ana Carolina, ao finalizar seu internamento na recepção foi encaminhada para o centro obstétrico, seu acompanhante, o marido, ficou aguardando na sala de espera do Centro Obstétrico a chegada de seu segundo filho, pois não havia leitos disponíveis no momento da internação, que ocorreu as 9h da manhã. Quando finalizou a cirurgia, aproximadamente, três horas depois, a paciente foi encaminhada direto para o apartamento designado.

A escolha do hospital para a realização do seu parto, partiu da própria paciente, mas seu médico lhe deu duas opções antes de sua tomada de decisão, dizendo que “pessoalmente” ele preferia o hospital em questão, por conhecer toda a equipe médica e por não ter uma rotatividade de anestesistas, o que o deixava mais confortável quanto aos procedimentos cirúrgicos. O fator de peso para a escolha da paciente, além da indicação médica, foi que a mesma já teve a primeira gestação no hospital, e em segundo lugar, porque o hospital estudado possui UTI Neonatal e UTI Adulto, coisa que nenhum outro hospital/maternidade da cidade de Curitiba possuía.

Sobre a estrutura física do quarto, a paciente reclama que sua cama era manual, o que era desconfortável, e não a deixava ter autonomia para fazer sua locomoção sozinha. O enxoval foi considerado gasto “cobertor velho”, contudo estava limpo. Lençóis e travesseiros bons e as toalhas de banho também eram “regular”.

A limpeza da unidade era adequada, e realizada com frequência. O serviço de nutrição remetia a uma “comida caseira e saborosa”, a refeição obedecia os horários e estava sempre quente. A copeira era muito “educada, solícita e acolhedora”.

Ana Carolina, relata que o banheiro era ruim, escuro e antigo. A ducha possuía um jato de água muito forte, deixando a desconfortável. O apartamento possuía ar condicionado, mas o mesmo não foi utilizado. A paciente relata que os detalhes poderiam ser observados com mais atenção, a exemplo disso era a mesa de alimentação que estava com a pintura “descascada”, o que passava um ar de desleixo.

A televisão era pequena, mas tinha canais a cabo e controle remoto. O que incomodou a paciente era a campainha sonora, a qual servia para acionar a

enfermagem, que estava obsoleta e muitas vezes falhava.

Não havia wi-fi no apartamento, mas tanto a paciente como seus acompanhantes disseram não sentir falta desse serviço.

Todo o atendimento foi “bom”, mas a “nota 10” foi para as funcionárias do berçário, para o teste do pezinho e para o banho do bebê. As funcionárias eram muito “dedicadas” e o ambiente muito limpo.

Quando mencionamos o que a mesma achava da visita da pastoral católica em seu apartamento? A mesma nós disse que não era católica, e mesmo assim teve a visita das irmãs. Perguntamos se isso a incomodou, e a mesma disse que gostou, e não se incomodou, a irmã de caridade não fez nenhuma referência para qualquer religião, e apenas fez uma visita de “boa vizinhança”.

O que desapontou a paciente é não ter encontrado o “suporte de pendurar o nome do bebê” na porta de entrada do apartamento, para o “enfeite de maternidade”, o que a deixou um pouco triste, mas a mesma não pediu para a manutenção arrumar.

Mencionou também que o sofá cama do acompanhante era muito ruim, era pequeno e desconfortável, mas forneceram ao acompanhante, roupas de cama para a pernoite.

Apresentamos a paciente nossas sugestões de produtos e serviços para o cliente maternidade, e de todas as opções, a mesma valorizou muito o roupão e o chinelo, o Kit higiene personalizado para a mãe e para o bebê, e reforçou que seria importante uma lâmina de barbear para uma depilação de emergência, pois a paciente relatou que em sua primeira gestação, a mesma teve um internamento emergencial, e não teve tempo de arrumar a mala do bebê e a dela própria, o que a deixou desprevenida em muitos itens, como sua camisola e um roupão (pensando na amamentação) e o principal, não havia realizado uma “depilação adequada”, o que a causou muito constrangimento.

Valorizou muito a opção de ter um quarto temático para o bebê, mas, mais importante que isso, valorizaria muito a cama automatizada.

Achou “muito interessante” o serviço de maquiagem e manicure, mas ressaltou que ficaria com medo de fazer as unhas, e a manicure a cortar, e em seguida ir para um centro obstétrico, o que poderia lhe trazer algum risco, devido ao corte na cutícula e uma infecção hospitalar. Quanto a maquiagem, ela fez em casa antes do parto, e se sentiu “bonita e segura”, se a mesma tivesse conhecimento deste serviço no hospital, e como sua cesárea era agendada, ela poderia ter chego mais cedo e utilizado o

mesmo.

Como tratava-se de sua segunda gestação, a mesma não enfatizou a importância de uma instrução mais aprofundada sobre os primeiros cuidados com o Bebê. Mas da primeira vez, teria sido fundamental, pela inexperiência. Todos os demais serviços apresentados, foram elogiados, mas disse que a melhoria na infraestrutura seria muito melhor antes de qualquer serviço extra.

Por fim, a paciente estava muito focada em seu bebê, e disse que por ser um momento muito especial, não teve nenhum olhar mais crítico quanto às coisas periféricas. De modo geral daria “nota 9” para o hospital como um todo, e voltariam a com certeza para um outro procedimento, mesmo não tendo muito conforto estrutural, confiava no hospital, pela tradicionalidade e pela humanização que sentia nas pessoas envolvidas.

RESULTADO DA ENTREVISTA PERSONA 1 – PACIENTE MATERNIDADE		
Foto		http://www.viverunimed.com.br/gestante.php Acesso: 24 jan 2016
Nome Fictício	Ana Carolina	
Perfil Geral	Data da entrevista	Agosto/2017
	Sexo	Feminino
	Idade	33 anos
	Tempo de permanência	03 dias
	Estado civil	Casada
	Cidade de origem	Telêmaco Borba
	Pagamento	Convênio/ Particular - Apartamento
	Escolaridade	Superior completo
	Local de internamento	2º Andar – Posto 2
Motivo da Internação	Maternidade – Segundo gestação - Cesárea	

Quadro 10 – Persona 1 – Paciente Maternidade (entrevista)..
Fonte: Autoria própria (2017).

4.3.2 Resultado da entrevista – Persona 2 - Particular

A segunda entrevista realizada no dia, foi com o Sr. Eduardo Costa, um homem jovem, de poucas palavras e bastante objetivo, era pouco detalhista e estava um

pouco indisposto, o que nós fez otimizar o tempo da entrevista e encurtar as perguntas. Mesmo assim, o paciente aceitou de bom grado nos conceder a entrevista, porque valorizava a academia e estava disponível para uma conversa.

Como para com todos os entrevistados, iniciamos a entrevista com a pergunta, “O que é hospitalidade para você”? E a resposta foi: “hospitalidade para mim é cortesia, atenção, superar minhas expectativas”. O paciente está em tratamento a dois anos contra o câncer, e retomou a quimioterapia a 5 dias, estava acompanhado da esposa e de uma filha menor de idade, porém apenas ele respondeu às perguntas.

Como o mesmo estava instalado no andar mais moderno do hospital, não relatou reclamações quanto a infraestrutura. Fez uma observação ao enxoval que poderia ser cobertores de “microfibra”, e os travesseiros poderiam ser “menos altos” e “mais macios” revelou que trouxe os travesseiros de casa, para se sentir mais confortável, também revelou que um edredons seria melhor que um cobertor “fino”.

Nós disse que estava muito abalado com o retorno de sua doença e que para ele o que importava era sua cura. Nos momentos de “ócio” em que se sentia melhor, ele gostaria de poder tocar piano, mas isso não poderia acontecer nas acomodações onde ele se encontrava, então seu tempo em que estava disposto, ele realizava leituras ou assistia a documentários.

Relata que foi muito bem atendido, mas que não gostava da comida, julgava a “falta de apetite”. Mas enalteceu o acolhimento desde a recepção, higiene, copa e médicos, “todos eram muito agradáveis”, apenas relata que a enfermagem parecia desatenta e as vezes inseguros no período noturno.

Quando nós mostramos a ele as opções de serviços propostos, ele gostou muito do roupão e do chinelo, salientou que uma maior variedade de canais a cabo seria bom, ou outras opções de canais de filmes, como “Philos e Netflix”.

Apesar de apreciador da modernidade, cultua a leitura a um bom jornal de papel, o que considerou um hábito, e que estaria muito satisfeito se tivesse a opção de um jornal diário. Valoriza a ideia de livros, mas acredita que não teríamos um menu com muita variedade.

Sugeri um cardápio mais variado do café da manhã e que quadros mais coloridos nos corredores e quartos trariam mais alegria ao ambiente.

Relata que os hospitais de São Paulo possuem áreas de caminhada e restaurantes para os acompanhantes, o que sentia falta, pois seus acompanhantes sentiam-se um pouco entediados e presos aos corredores.

Por fim, perguntamos se a escolha do internamento pelo hospital estudado foi dele, e o mesmo disse que não, veio através de indicações de um corpo médico que eram referência no seu tratamento, mas que gostou da estrutura. Seu principal objetivo era voltar para a casa o quanto antes e almejava sair deste local que só trazia angustia. Porém ressaltou que voltaria a se internar no hospital “se fosse necessário”, pois até o presente momento tinha atingido suas expectativas.

RESULTADO DA ENTREVISTA PERSONA 2 – PACIENTE PARTICULAR		
Foto		http://www.donome.com.br/presentes-para-homem-de-negocio . Acesso: 24 jan 2016
Nome Fictício	Eduardo Costa	
Perfil Geral	Data da entrevista	Agosto/2017
	Sexo	Masculino
	Idade	44 anos
	Tempo de permanência	07 dias
	Estado civil	Casado
	Cidade de origem	Curitiba
	Pagamento	Particular
	Escolaridade	Superior completo
	Local de internamento	4º Andar – Posto 1 – Suíte
Motivo da Internação	Tratamento oncológico	

Quadro 11 – Persona 2 - Paciente particular (entrevista).
Fonte: Autoria própria (2017).

4.3.3 Resultado da entrevista – Persona 3 - Terceira idade

A terceira entrevistada para a persona, correspondente à terceira idade, foi a Sr.^a Clara Souza, a mesma estava em prévia de receber a alta médica quando nós concedeu a entrevista, mostrou-se bem disposta e a vontade em participar da pesquisa. Relatou que passou 14 dias internada e que passava a maior parte do tempo sozinha com bastante tempo ocioso, tendo acompanhantes apenas no período da noite, o que evidenciou que a paciente é quem utilizou- os serviços de hotelaria do hospital.

Iniciamos a pesquisa com a pergunta, o que é hospitalidade para você? A resposta foi: “Ser bem recebida desde a recepção até a minha saída”. Indagamos ainda se a paciente considerava que algum tipo de serviço oferecido pela hotelaria ela consideraria hospitalidade, e a mesma disse que “certamente” e que considerava a infraestrutura e o conforto bastante importantes para a avaliação da hospitalidade.

Considerando estes aspectos, Clara nos aponta que o hospital é bastante antigo, a televisão é pequena, e as instalações também são antigas, mas que atenderam suas necessidades. A cama era elétrica, mas os comandos eram apenas nos pés da cama, o que dificultava sua comodidade e conforto (os comandos laterais estavam estragados). O sofá cama foi considerado bom, mas não possuía nenhuma informação sobre como utiliza-lo, “descobriu apenas nos últimos dias de internação, como fazia para abri-lo de forma adequada”.

Os canais a cabo eram poucos, e o controle remoto da televisão não era o original, o que dificultava o uso, pois falhava algumas vezes. O quarto não possuía wi-fi, o que não a incomodava, pois utilizava seu plano de dados do celular para se conectar à internet, mas comentou que sentiu falta da comunicação interna no quarto, como ramais e identificação de localização dos setores, como posto de enfermagem e copa.

Clara comenta que o banheiro não possuía barras de segurança e não tinha cadeira de banho à disposição, apenas se solicitado à enfermagem, o que dificultava seu banho diário “sozinha”. Ainda sobre o banheiro, a paciente “sentiu falta” de um secador, e o trouxe de casa.

Assuntos como enxoval, limpeza e copa partiram da iniciativa da mesma, a paciente descreve que o enxoval era gasto, e os cobertores, toalhas de banho e rosto eram finos e de aparência “surrada” mas eram limpos, destacou que o cobertor tinha uma aparência “horrível” e que o hospital não dispunha de roupa de cama para o acompanhante pernoitar.

A limpeza era adequada e realizada todos os dias, a alimentação era “sem variedade” e “sem gosto”, deveriam ter mais opções de cardápio, pois a mesma não tinha nenhuma restrição alimentar dietética, além do baixo sódio. Ressalva que para os acompanhantes que a visitavam, e tinham direito a uma refeição, as opções eram as mesmas.

É importante mencionar que para os pacientes considerados idosos, (com mais de 65 anos,) é obrigatório ter um acompanhante, e para os mesmos o hospital concede todas as refeições gratuitamente. O Hospital não possui serviços de frigobar ou de *room service*, mas possui uma lanchonete terceirizada no primeiro piso, como opção de refeições rápidas e pagas separadamente da conta do internamento.

A paciente relata que havia um kit de higiene de baixa qualidade no armário, e que não foi repostado nenhuma vez, este kit dispunha de shampoo, condicionador, sabonete em barra, pasta de dentes, todos em tamanho 30ml.

Quanto ao atendimento a paciente menciona que todos os colaboradores foram muito cordiais, mas queixou-se das técnicas de enfermagem da noite, pareciam não ter experiência, se mostravam inseguras, e demoravam demais para atender aos chamados noturnos.

Destacou como pontos fortes a visita das irmãs nos leitos para orações e palavras de afeto. “São pessoas solícitas e amáveis”. Os pontos fracos considerados pela mesma foram as Instalações antigas, comida sem variedade e enxoval muito gasto.

Ao apresentar os serviços elaborados ao perfil da terceira idade, Clara nos disse que todos são ótimos, e sugeriria um menu de livros (pois gosta muito de ler). Disse não ter muita atenção com canais e filmes, “que não faria muita diferença”, pois quando se está doente e com dor, a mesma não queria nada, além de ficar em repouso e quieta.

Enfatiza que de todos os produtos apresentados, o roupão e o chinelos seriam primordiais, pois trariam um melhor conforto a mesma, “além do secador que seria muito bom”. O Kit higiene seria “ótimo” se fosse de melhor qualidade, e se repostado todos os dias. Incentiva muito a visita das irmãs, pois é católica e se sentia muito bem com as palavras e orações. Completa que como ficou muitos dias internadas, um *solarium* seria “ótimo” para tomar sol, pois ficava o tempo todo caminhando apenas nos corredores.

Finaliza a entrevista com a comparação da hotelaria de outros hospitais que já frequentou, como o Osvaldo Cruz da cidade de São Paulo, e o Marcelino Champagnat da cidade de Curitiba, onde as instalações são novas, modernas e a comida é muito saborosa, porém disse que voltaria a procurar o hospital, pois foi muito bem atendida e se sentiu acolhida.

RESULTADO DA ENTREVISTA PERSONA 3 – PACIENTE TERCEIRA IDADE		
Foto		http://www.dicasdemulher.com.br/a-beleza-na-terceira-idade-dicas-e-opcoes-de-tratamentos . Acesso: 24 jan 2016
Nome Fictício	Clara Souza	
Perfil Geral	Data da entrevista	Agosto/2017
	Sexo	Feminino
	Idade	65 anos
	Tempo de permanência	14 dias
	Estado civil	Viúva
	Cidade de origem	Curitiba
	Pagamento	Convênio/ Particular
	Escolaridade	Superior completo
	Local de internamento	3º Andar – Posto 2 – Apartamento
Motivo da Internação	Pós Operatório (Ortopedia)	

Quadro 12 – Persona 3 - Paciente Terceira Idade.
Fonte: Autoria própria (2017).

4.4 AVALIAÇÃO GERAL DAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

As análises das entrevistas nos mostraram um cenário surpreendente ao validarmos com os pacientes os aspectos que avaliávamos importantes e diferenciais em sua estadia identificados na primeira e na segunda etapa desta pesquisa, onde foi avaliado questões estruturais, serviços, atendimento, segmentação e percepção de valor. Realizar a validação dos serviços e produtos propostos nas premissas da hospitalidade nós trouxe um cenário inesperado. “A falta de interesse”, ou “empolgação”, nos itens que julgávamos diferenciais e atrativos. O amago da questão é, que os pacientes dão pouca relevância aos itens considerados na hotelaria tradicional como “mimos”, os mesmos, estão muito mais preocupados com sua saúde, bem estar e recuperação, do que com os “produtos e serviços” que podemos oferecer, e que pouco serão utilizados pela falta de ânimo, pela indisposição inerentes as patologias e pelo fato de não estarem no hospital por que querem.

Isso é o que realmente difere a hotelaria convencional da hotelaria hospitalar. Onde na hotelaria tradicional o cliente busca e valoriza os itens pensados para cada detalhe de sua hospedagem, e quanto mais serviços o hotel tradicional possuir, maior

a tendência de fidelização e ocupação, ao contrário da hotelaria hospitalar, que os itens mais valorizados, são os que proporcionam conforto físico, acolhimento e humanização.

Um aspecto relevante no referencial teórico, que reforça a importância da análise das necessidades emocionais dos clientes de saúde, foi que “[...] os pacientes são considerados enfermos; por isso, requerem atenção especial que concilie a saúde com o ato de hospedar-se bem e torne o ambiente mais acolhedor para a família do paciente e ele, humanizando, o ambiente e seu atendimento.” (BOEGER, 2003, p. 28). Aqui o próprio paciente passou a questionar suas necessidades para além da cura ou tratamento, incluindo então “[...] a segurança, o conforto e, principalmente, seu bem-estar, de sua família e seus visitantes.” (BOEGER, 2003, p. 24). Tal cenário e mudança de comportamento do cliente é considerado recente (DIAS, 2003; CÂNDIDO; MORAES; VIERA, 2004).

Dessa forma, conclui Boeger (2011) que as questões de hotelaria hospitalar vão além da primazia pela qualidade dos serviços prestados, entendendo que o que faz a diferença é a forma hospitaleira e acolhedora de realizar esses serviços. O atendimento, o acolhimento e o melhor relacionamento entre paciente e equipe de colaboradores são os principais fatores, relacionados à hotelaria hospitalar, que podem ser considerados para se atingir a satisfação das expectativas, necessidades e desejos dos clientes hospitalares, proporcionando o bem-estar físico e emocional. Isso comprova o discurso dos três entrevistados, quando perguntamos aos mesmos sobre o que era a hospitalidade. Todas as respostas foram em cunho comportamental e não estrutural, como foi apresentado na primeira etapa da pesquisa, onde apontávamos os “problemas estruturais”. Muito além disso é a prioridade da cura e do bem estar.

Os resultados das análises contribuíram ainda para reforçar a necessidade de criar novos vínculos entre o paciente e o hospital, em um mercado cada vez mais competitivo, que reforça a aplicabilidade do pensamento de Dias (2003), que define valor como a determinação de quanto valem para um determinado cliente os benefícios técnicos, econômicos, de serviços e sociais de um produto ou serviço na medida em que os pacientes se mostraram abertos a contribuir com suas opiniões. Desta maneira, contribuíram para enfatizar a colocação de Stefanini et. al. (2012, p.352) de que “conhecer o cliente é fundamental para que realmente sejam atribuídos valores aos produtos e aos serviços que sejam relevantes [...]”, pois somente através

da realização das entrevistas foi possível alcançar subsídios para estas constatações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalidade pode ser evidenciada de muitas maneiras como pudemos elucidar em diversos exemplos na fundamentação teórica. Mas, muito além das discussões científicas, das denominações e das categorizações abordadas nesta dissertação, à hospitalidade é o sentir ou – como ouvimos com frequência, é o *feeling*⁶ no momento da ação em ser hospitaleiro. A hospitalidade é ainda a satisfação do servir, da empatia, da espontaneidade do querer ser gentil e agradável em todos os momentos de contato com o cliente, desde sua chegada até as partida. Foi pensando nestes aspectos que utilizamos a hospitalidade para a conformação dos produtos e serviços dentro do ambiente de saúde, analisando a hotelaria hospitalar como locus e instrumento para a sua prática.

Hoje, a implantação da hotelaria hospitalar em uma instituição de saúde pode ser considerada uma forma de se colocar à frente dos concorrentes, prepara a empresa hospitalar para as mudanças do mercado, torna-se importante a partir do momento em que os clientes começam a reivindicar os seus direitos e questionar a qualidade do atendimento de todos os funcionários que compõe os ambientes de saúde. Considera-se assim que a principal diferença entre os hospitais está na hospitalidade e nos serviços prestados.

Embora raramente os administradores tenham contato direto com o paciente, é seu dever, esforçar-se para que o paciente receba o melhor atendimento possível, considerando o ambiente físico e emocional dos mesmos. É importante que o cliente sinta que o objetivo do hospital é atendê-lo. Percebemos em nosso marco teórico que o que distingue os serviços dos bens materiais é o seu caráter de imaterialidade, de intangibilidade, tornando-se, desse modo, mais difícil de atribuí-lhes valor e, por este motivo, cuidar com excelência de qualidade, carinho e respeito constituem os pilares básicos para as instituições de saúde.

O presente estudo teve como objetivos aprofundar o conhecimento teórico sobre o tema hospitalidade, utilizando esse aprendizado para analisar, por métodos de pesquisa exploratória, características relacionadas ao tema, como os impactos e os principais benefícios relacionados; e, por fim, empregar o conhecimento gerado para a criação de propostas de melhorias para a hotelaria hospitalar.

⁶ Modo ou capacidade de sentir uma situação, percepção, sensibilidade, sentimento.

Conseguimos reunir três fontes de informações diferentes com as personas, reunindo os valores de maior significância para os pacientes e formatando três modelos de produtos que acreditamos agregar valor na estadia do paciente, podendo tornar-se diferenciais competitivos a nível regional e nacional, proporcionando um posicionamento de mercado antes inexistente.

Sabemos que os investimentos para a concretização destes programas envolvem grande quantidade de recursos, e que, muitas das vezes não se torna prioridade perto de investimentos mais emergenciais como materiais cirúrgicos, insumos e modernização tecnológica. As despesas de uma instituição de saúde são muito altas, e os investimentos com a Hotelaria Hospitalar muitas vezes, são tratados como supérfluos e itens que diante das necessidades, podem sempre esperar. Contudo e como pudemos observar neste estudo, os serviços prestados pela Hotelaria são diferenciais importantes e cada vez mais valorizados pelos clientes de saúde, além de tratamentos e tecnologia de ponta, a exclusividade e a atenção à seus anseios, sem dúvida, são fatores de escolha e fidelidade.

Se por um lado, o atendimento ao cliente se apoia num ambiente físico e humano adequados para o exercício das atividades, por outro, esse mesmo ambiente deve garantir aos clientes, segurança, conforto, hospitalidade de forma a minimizar o medo, insegurança gerados pela doença e pelas incertezas decorrentes, entre outros fatores, da mudança de hábitos cotidianos, da privação do convívio com familiares e amigos. O diferencial de um hospital pode ser percebido ao se oferecer um serviço de qualidade associado a respeito, atenção, bem-estar, apoio, conforto, segurança, afeto, fatores presentes na hotelaria hospitalar.

Através da relação entre o marco teórico e o estudo de caso no Hospital X, foi possível alcançar o objetivo geral desta dissertação que foi analisar a contribuição da hospitalidade para a conformação dos serviços da hotelaria hospitalar, pois foi através da mesma que realizamos todas as diretrizes para compreender as necessidades dos clientes de saúde, elaborar através delas os serviços e produtos e direcioná-los ao público correto. A hospitalidade foi em todos os momentos nosso principal foco, pensando em como o “bem receber” envoltos do conforto, do bem estar, da segurança, do bom atendimento poderiam estar submergidos em toda a estrutura planejada, sejam elas tangíveis e intangíveis.

É sabido que, por mais que planejemos um cenário ideal, esta estrutura concebida precisa de pessoas para executá-las, e precisa de pessoas envolvidas e motivadas. Uma equipe hospitalar que é multidisciplinar e está envolta de muitos membros pode dificultar esta tarefa de torná-los em sua totalidade adeptos da mesma causa. Sabemos que para conseguirmos verticalizar a operação, a educação continuada, a missão e os valores da instituição devem estar intrínsecos no cotidiano dos profissionais, e que os treinamentos e reciclagens devem estar continuamente sendo exercidas. Apenas desta maneira, poderemos ter sucesso na implantação dos produtos e serviços criados, pois direcioná-los e aplicá-los depende única e exclusivamente de pessoas, e pessoas envolvidas e motivadas.

Compreendemos que o estudo de caso aqui realizado delimitou-se a um único hospital e que nossas conclusões aqui percebidas, podem não ser assertivas em outras instituições, principalmente nas instituições públicas. Por este motivo, para estudos futuros, a intenção é realizar a mesma pesquisa em hospitais públicos do mesmo porte, a fim de verificar qual a diferença que a hospitalidade e a hotelaria hospitalar possuem nas duas realidades e de que forma a hospitalidade tem efeito sobre estas duas óticas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, José Vicente, **Fundamentos e Dimensões do Turismo**. Belo Horizonte: Ática, 1976.
- BAER, K. **Information design workbook**, Massachusetts: Rockport, 2008.
- BITTAR. OJNV. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. RAS 2001; 3(12): 21-8.
- BOEGER M. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2004.
- _____. **Hotelaria Hospitalar: Gestão em hospitalidade e humanização**. São Paulo: Senac, 2009.
- _____. **Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Manole, 2011.
- BALEM, F.R.; FIALHO, F.A.P.; CARDOSO, H.A.T.G.; SOUZA, R.P.L. **Design Thinking**: conceitos e competências de um processo de estratégias direcionadas á inovação. Anais do 1º Congresso Nacional de Design – Desenhando o Futuro. Bento Gonçalves, 2011.
- BRANCO, G. M; RIBEIRO, J. L. D.; TINOCO, M. A. C. **Determinantes da satisfação e atributos da qualidade em serviços da hotelaria**. Lume Repositório Digital UFRGS, São Paulo, SP. v. 20, n. 4, p. 576-588, out./dez., 2010. Disponível em: . Acesso em: 28/08/2013.
- BROWN, T. **Design Thinking**: Uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. ISBN 978-85352-3862-4.
- BROWN, J. S. and DUGUID, P. (2001). Knowledge and organization: a social-practice perspective. **Organization Science**, 12(2), 198-213. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1287/orsc.12.2.198.10116>. Consultado dia 15/01/2016.
- BUCHALLA, CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, 2003; 10 (1): 29-31.
- CAILLÉ, Alain. **Antropologia do dom**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CALDAS, C. P. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. **Os interstícios da hospitalidade**. Revista Hospitalidade. São Paulo, v. 12, n. especial, p. 42-69, mai. 2015. Disponível em: <http://www.revhosp.org/ojs/index.php/hospitalidade/article/view/574/643>
- CAMARGO, Luis Otávio de Lima. **Os domínios da hospitalidade**. In: DENCKER, Ada de Freitas Maneti, Bueno, Marielys Siqueira (Orgs). Hospitalidade: Cenários e oportunidades. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CAMARGO, Luiz Octavio de Lima. **Hospitalidade**. In: TRIGO, L. G. G (Orgs.). *Análises regionais e globais do turismo brasileiro*. São Paulo: Roca, 2004.

CAMARGO, Luiz Octavio de Lima. **A pesquisa em hospitalidade**. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 31, 2008, Natal. Anais. Natal: s. ed.,2007.

CASTELLI, G. **Marketing Hoteleiro**. Caxias do Sul: Educus, 1991.

_____. **Hospitalidade: na perspectiva da gastronomia e da hotelaria**. Brasil, São Paulo: Saraiva, 2005.

_____. **Administração hoteleira**. Brasil, Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

_____. **Hospitalidade: a inovação na gestão das organizações prestadoras de serviços**. Brasil, São Paulo: Saraiva, 2010.

COUTO, M. J. Hospitalidade e subjetividade: identidades tecidas na contingência. **Cadernos de Pedagogia Social: Hospitalidade, Educação e Turismo**. n. especial, p. 17-24, 2015. Disponível em: http://www.uceditora.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_uce.asp?SSPAGEID=1272&lang=1&artigo ID=1505

COOPER, Alan, REIMANN, Robert. **About face 2: the essentials of interaction design**. Indianapolis: Wiley Publishing, 1998.

CRUZ, R. C. A. **Hospitalidade turística e fenômeno urbano no Brasil: considerações gerais**. IN: Dias, C. M. M. (org.) *Hospitalidade, reflexões e perspectivas*. Brasil, Barueri: Manole, 2002.

CHON; SPARROWE. **Hospitalidade: conceitos e aplicações**. São Paulo: Thomson, 2003.

DAVILA, T.; EPSTEIN, M.; SHELTON, R. **As regras da inovação**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DENCKER, A. F. M. Pesquisa como base para a construção teórica no campo do turismo e da hospitalidade. **Revista Hospitalidade**. São Paulo: Editora Anhembi Morumbi, ano 2. n. 1, p. 55-67, 1.sem. 2005.

DIAS, C. (Org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002.

DIAS, M. A. A. **A Hospitalidade Hospitalar**. (Dissertação de Mestrado, Faculdade Anhembi-Morumbi). Acessado em 12 de Maio de 2015, de http://tede.anhembi.br/tesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=102, 2003.

DRUCKER, P. F. **Inovação e o espírito empreendedor: prática e princípios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

FURTADO, S; VIEIRA, F. **Hospitalidade, turismo e estratégias segmentadas**. São Paulo: Cengage, 2011.

GALE, B. T. **Gerenciando o valor do cliente: criando qualidade e serviços que os clientes podem ver**. São Paulo: Pioneira, 1996.

GIDRA, G.; DIAS, C. Hospitalidade: da simplicidade à complexidade. In: DENCKER, A. F. M. (org.). **Planejamento e gestão em Turismo e Hospitalidade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

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

_____. **O Turismo de Saúde: Uma visão da hospitalidade médica Mundial**. São Paulo: Ícone, 2009.

_____. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo**. Brasil, São Paulo: Ícone, 2008.

GODBOUT, J. T. **O espírito da Dádiva**. Colaboração de Alain Caillé. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOTMAN, A. O comércio da hospitalidade é possível? **Revista Hospitalidade**. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 3-27, jun.- dez. 2009. Disponível em: <http://www.revhosp.org/ojs/index.php/hospitalidade/article/view/311/299>.

_____. **Lê sens de l'hospitalité**. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

GHELLERE, J. L. P. **Experiências em hospitais**. Portal Humanizar. Disponível em: <www.humanizar.com.br>. Acesso em: 19 abr. 2015

GRASSI, M. Transpor a soleira. In: MONTANDON, A. **O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas**. São Paulo: Senac, 2011, p. 45-53.

GRINOVER, L. **A hospitalidade, a cidade e o turismo**. São Paulo: Aleph, 2007.
_____, L. **A Hospitalidade e as Transformações Urbanas**. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 31, 2008, Natal. Anais. Natal: s. ed., 2008.

_____. **Hospitalidade e Qualidade de Vida: instrumentos para a ação**. In: DENCKER, Ada de F. M.; BUENO, Marielys S. (Orgs.) **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003. p. 49-59.

_____. **Hospitalidade: um tema a ser reestudado e pesquisado**. In: Dias, C. M. (org.). *Hospitalidade: reflexões e perspectivas*. Brasil, São Paulo: Manole, 2002.

JONES, P., & LOCKWOOD, A. Administração das operações de hospitalidade. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Brasil, São Paulo: Manole, 2004.

KSHESEK. B. **Análise do Valor Atribuído Pelos Hóspedes Na Prestação De Serviços Hoteleiros Estudo De Caso Radisson Hotel Curitiba**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso, UFPR.

LASHLEY, Conrad. Para um entendimento teórico. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. (Org.) **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. São Paulo: Manole, 2004.

LEPARGNEUR, H. **Dignidade da Pessoa no Desenrolar Cultural**, Bioética, Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil, Vol. 12, nº 1, Brasil: Editora Parma, pp. 33-38, 2004.

LIEDTKA, J. Learning to use design thinking tools for successful innovation. **Strategy & Leadership**, v. 39, n. 5, p. 7, 2011.

LUGOSI, P. From food, work and organization to the study of hospitality and organization: reconsidering the special issue of Human Relations. **Hospitality and Society**, v. 1, n. 1, p. 85-89, 2011. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/intellect/hosp/2011/00000001/00000001/art00005>

LYNCH, P. *et al.* Theorizing hospitality. **Hospitality and Society**, v. 1, n. 1, p. 3-24, 2011. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/intellect/hosp/2011/00000001/00000001/art00001>

MANETI (Org.). **Planejamento e Gestão em turismo e hospitalidade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MARQUES, M.; PINHEIRO, M. T. A influência da qualidade da hotelaria hospitalar na contribuição da atividade curativa do paciente. **Revista Anagrama**. Ano 2, Edição 3, Março-Maio 2009. Acessado em 12 de Maio de 2015 em <http://200.144.189.42/ojs/index.php/anagrama/article/viewArticle/6314>.

MARTINS, S. P. **A Terceirização e o direito do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARSHALL JUNIOR *et al.* **Gestão da Qualidade**. 9 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2008. 204p.

MATHEUS, S. M. A ideia de uma cidade hospitaleira. In: DIAS, C. M. M. (Org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002. p. 57-68.

MAUSS, M. **Ensaio sobre o dom e dádiva**. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Edusp, 1974. v. II.

MELLES, G.; HOWARD, Z.; THOMPSON-WHITESIDE, S. Teaching design thinking: Expanding horizons in design education. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 31, p. 162-166, 2012. ISSN 1877-0428.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na Saúde: Princípios básicos**. São Paulo: 1995.

MOLLER, C. **O lado humano da qualidade: Maximizando a qualidade dos produtos e serviços através do desenvolvimento das pessoas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MONTANDON, A. Prefácio. In: MONTANDON, A. **O livro da hospitalidade: acolhida do estrangeiro na história e nas culturas**. São Paulo: Senac, 2011, p. 31-37.

MORAES, O; CANDIDO, I; VIEIRA, E. **Hotelaria Hospitalar: Um novo conceito no atendimento ao cliente de saúde**. Caxias do Sul: Educs, 2004.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira. 1997.

OMT, Organização Mundial do Turismo. **Introdução ao Turismo**. São Paulo: Roca, 2001.

PAIXÃO, D. L. D ; GÂNDARA, J. M. G. A Legalização dos Cassinos no Brasil: uma análise comparativa das situações governamentais em outros países. **Turismo - Visão e Ação**, v. 1, n. 2. Balneário Camboriú: Ed. da Univali, 1999.

PEREIRA, N. M. **A assistência em Portugal na Idade Média**. Porto, CTT Correios de Portugal; 2005.

PEREZ, D. O. Kant Pré-Crítico. **A desventura Filosófica da Pergunta**. Cascavel: Edunioeste, 2007.

PINTO, R. C. Excelência em serviços: o valor percebido pelo cliente. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo, v. 10, n 12, p. 58-72, 2006.

PORTER, Roy. **Hospitais e cirurgia**. In: Cambridge - História Ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro: Revinter; 2001, p. 208.

PRAXEDES, W. **Reflexões sociológicas sobre a hospitalidade**. In Revista Espaço Acadêmico, nº 37, Junho, 2004.

RODRIGUES, F. F; LEAL, M. L; HARGREAVES, L. **Qualidade em prestação de serviços**. Rio de Janeiro: SENAC, 1997.

SANTOS, M. T. **Fundamentos de Turismo e Hospitalidade**. Manaus: Centro de Educação Tecnológica do Amazonas, 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SELWYN, T. Uma antropologia da hospitalidade. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. (Org.) **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. São Paulo: Manole, 2004, p. 25-52

SILVA, M. J. V. E. *et al.* **Design thinking: inovação em negócios**. 1º. Rio de Janeiro: MJV Press, 2012. 162 ISBN 978-85-65424-00-4.

SILVA, F. C. C.; FABRIS, C. A Atuação do Turismólogo na Sociedade da Informação. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação Campinas**, v.5, n. 1, p 40-54, jul/dez 2007.

SILVA, A. L. G.; BARREIRA, C. A. **Turismo de saúde**. São Paulo: SENAC São Paulo, Série Linhas de Pesquisa, 1994.

SCHECHTER, L. A normative conception of value. **Progressive Grocer, Executive Report**, p. 12- 14, 1984.

TARABOULSI, F. A. **Administração de Hotelaria Hospitalar**: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade. Brasil, São Paulo: Atlas, 2004.

TAVARES, A. M. **City tour**. São Paulo: Aleph, 2002.

TELFER, E. **A filosofia da “hospitalidade”**. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. (Org.) Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado. São Paulo: Manole, 2004, p. 53-78.

VELOSO, G. R. P.; GONÇALVES, J. L. Dom: sistema de relações entre pessoas. **Cadernos de Pedagogia Social: Hospitalidade, Educação e Turismo**. n. especial, p. 25-34, 2015. Disponível em: http://www.uceditora.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_uce.asp?SSPAGEID=1272&lang=1&artigo ID=1505.

VIEIRA, E. **Marketing Hoteleiro**. Caxias do Sul: Educs, 2003.

VECINA-NETO, G. **A Evolução da Assistência a Saúde no Mundo e no Brasil até o SUS**. In: VECINA-NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (Org). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 3-14.

ZANOVELLO, A. L. **Qualidade aplicada aos serviços da saúde**. In: BOEGER, M. (coord). **Hotelaria Hospitalar. Manuais de Especialização**. 1. ed. Barueri – SP: Manole, 2011. p. 75-86.

ZEITHMAL, V. A. Consumer perception of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 52, p. 2-22, July 1988.

WADA, E. K. Reflexões de uma aprendiz da Hospitalidade In: DENCKER, A., BUENO M. (Orgs.) **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003. p. 61-71.

WALKER, J. **Introdução à hospitalidade**. Barueri, SP: Manole, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2001.

Sites Eletrônicos consultados

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório Anahp. 9. Ed. São Paulo: Anahp. 2017.4p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLÍNICAS E SPAS. Disponível em: <<http://migre.me/qdv0T>>. Acesso em: 04/06/2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TURISMO DE SAÚDE. Disponível em: <<http://migre.me/qduKT>>. Acesso em: 04/06/2015.

BRASIL, EMBRATUR. Turismo de Saúde: estudo preliminar das oportunidades para a comercialização no Brasil, com foco no mercado internacional. Uso interno. Brasília: Embratur, 2005. Acesso em: 05/06/2015. Qual é o endereço consultado?

BRASIL, Ministério do Turismo; FIPE. Caracterização e Dimensionamento do Turismo Doméstico no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério do Turismo, 2007. Disponível em: <<http://www.turismo.gov.br/dadosefatos>>. Acesso em: 02/06/2015.

BRASIL, Ministério do Turismo. Disponível em: <<http://migre.me/qdv4y>>. Acesso em: 25/05/2015.

BRASIL, Ministério do Turismo. Disponível em: <<http://migre.me/qdv7v>>. Acesso em: 27/05/2015.

BRASIL, Ministério do Turismo. Estudo da demanda turística internacional 2004-2008: Relatório final. Brasília: Ministério do Turismo, 2010. Disponível em: <<http://www.turismo.gov.br/dadosefatos>>. Acesso em: 04/06/2015

BRASIL, Ministério do Turismo. Manual de Pesquisa – Inventário da Oferta Turística: instrumento de pesquisa. Brasília: Ministério do Turismo, 2006. Disponível em: <<http://www.turismo.gov.br>>. Acesso em 02/06/2015.

DORST, K. The core of 'design thinking' and its application. **Design Studies**, v. 32, n. 6, p. 521-532, 11// 2011. ISSN 0142-694X. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0142694X11000603>>. Consultado dia 15/01/2016

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Disponível em: <http://migre.me/qduXI>. Acesso em: 02/06/2015.

JORNAL ESTADÃO. Disponível em: <<http://migre.me/qdvbo>>. Acesso em: 06/06/2015.

JORNAL O POVO. Disponível em: <<http://migre.me/qduEr>>. Acesso em: 03/06/2015.

PATIENTS BEYOND BORDERS. Disponível em: <<http://migre.me/qduPo>>. Acesso em: 04/06/2015.

PORTAL AHESC FEHOESC. Disponível em: <<http://migre.me/qdvsi>>. Acesso em: 08/06/2015.

PORTAL ECO VIAGEM. Disponível em: <<http://migre.me/qdvvyH>>. Acesso em: 02/06/2015.

PORTAL ESTÉTICA IN SÃO PAULO. Disponível em: <<http://migre.me/qdvzN>>. Acesso em: 02/06/2015.

PORTAL TERRA ECONOMIA. Disponível em: <<http://migre.me/qdveU>>. Acesso em: 09/06/2015.

PORTAL THE CITIES. Disponível em: <<http://migre.me/qdvjg>>. Acesso em: 20/05/2015.

REVISTA ROTEIROS DO BRASIL. Disponível em: <<http://migre.me/qdvOt>>. Acesso em: 02/06/2015.

REVISTA VEJA SAÚDE. Disponível em: <<http://migre.me/qduHr>>. Acesso em: 04/06/2015.

SÃO PAULO TURISMO. Disponível em: <<http://migre.me/qdvgR>>. Acesso em: 02/06/2015.

SECRETARIA DO ESPORTE E DO TURISMO DO PARANÁ. Disponível em: <<http://migre.me/qdvIW>>. Acesso em: 25/05/2015.

Site Eletrônico: American Marketing Association (2007). Disponível em: <http://www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/DefinitionofMarketing.aspx>. Consultado dia 15/01/2016.

Site Eletrônico: Marketing e Conteúdo. Disponível em: <http://www.marketingdeconteudo.com.br/comportamento-do-consumidor-digital/como-construir-personas/>. Consultado dia 15/01/2016.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. Disponível em: <<http://www2.unwto.org/>>. Acesso em: 11/06/2015.