

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE HOTELARIA

CAMILA SERRA GUSMÃO

AÇÕES DE HOSPITALIDADE VOLTADAS AOS PACIENTES COM COVID-19:
estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados de São Luís/MA

São Luís

2021

CAMILA SERRA GUSMÃO

AÇÕES DE HOSPITALIDADE VOLTADAS AOS PACIENTES COM COVID-19:
estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados de São Luís/MA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Hotelaria.

Orientador: Prof.^o Me. Ruan Tavares

São Luís

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Gusmão, Camila Serra.

AÇÕES DE HOSPITALIDADE VOLTADAS AOS PACIENTES COM
COVID-19 : estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados
de São Luís/MA / Camila Serra Gusmão. - 2021.

172 f.

Orientador(a): Ruan Tavares Ribeiro.

Monografia (Graduação) - Curso de Hotelaria,
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2021.

1. COVID-19. 2. Hospitais. 3. Hospitalidade. 4.
Serviços. I. Ribeiro, Ruan Tavares. II. Título.

CAMILA SERRA GUSMÃO

AÇÕES DE HOSPITALIDADE VOLTADAS AOS PACIENTES COM COVID-19:
estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados de São Luís/MA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Hotelaria.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Ruan Tavares (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

(Examinador 1)

(Examinador 2)

Dedico esse trabalho a meu pai e a todas as pessoas que foram vítima ou perderam suas vidas para o COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre abrir portas e me proporcionar momentos e meios, pois nunca tive condições financeiras, a maioria de tudo que eu já realizei foi de forma gratuita, a meu pai que nunca desacreditou nos meus sonhos e sempre me encorajava quando eu estava com medo, a minha mãe e irmão por esta sempre ao meu lado, por muitas vezes ter feito sacrifícios, para que eu tivesse a melhor educação. Adiciono meus agradecimentos a você Bruno por acreditar em mim e sempre está ao meu lado em todos os momentos, a você Jucivaldo que sempre esteve presente em minha vida, a minha tia Ivanilde por ter sempre me aconselhado, a meu tio Francisco mesmo de longe esteve ali, que Deus tenha vocês dois. A meu tio Herbet por contribuir de alguma forma, as minhas primas e primos por terem me ajudado às vezes quando eu precisei.

Agradeço também as instituições em que passei, juntamente com os professores que passaram pela minha vida e fizeram minha base ficar, mas sólida e chega até aqui, aos professores da rede pública, pois foi por onde eu passei todo o meu ensino fundamental e médio e tive o privilégio de ser ensinada por grandes mestres, em especial agradeço aos professores e amigos do Senac, Petroinform, Pitágoras, IFMA, William Stokoe.

Ao professor Diego, ao professor Ítalo por nunca deixarem de me contagiar com primeiros socorros, ao professor Carlos Salomão, a professora Edilucia Santos e Milene carvalho, ao professor Klean Carvalho por sempre está junto e compreender cada um de seus alunos, e a meu amigo Danilo por aguentar meu perfeccionismo nos trabalhos projetos e cursos.

Agradeço também ao campo do estágio obrigatório II, o hospital presidente Dutra, pois o mesmo ampliou meus conhecimentos sobre a presente temática. Agradeço em especial a equipe de hotelaria hospitalar a Nilce, o Eduardo, a Neuziane, a Edenilde e as demais equipes dos setores por onde passei no estágio de hotelaria hospitalar, por aguentarem meus questionamentos e análises referente as atividades desenvolvidas no campo.

Aos amigos que essa Universidade me deu e hoje sei que posso contar com eles: Jully Campelo, Gleyce kellen por me ouvirem nos meus piores momentos, por serem as irmãs que eu não tive; Elisangela Arouche, Jaciara Carneiro e Ana Shellida por acreditarem e apoiarem as minhas ideias malucas, e me frearem quando

necessário. Meus amigos do meu 1º período pelo apoio e confiança em especial Cris, Jaqueline, Siane. Centro Acadêmico de Hotelaria, Grupo de Contaminação em Segurança Alimentar – GEPSCA, Núcleo de Estudos e Multidisciplinares em Hospitalidade, Lazer, Ócio e Criatividade – HOLOC por serem minha segunda família na faculdade, ao Laboratório de Inovação Tecnológica- INOVTEC por ter sido um ambiente de trabalho onde aprendi muitas coisas, em especial queria deixar meus agradecimentos ao professor Areolino de Almeida e ao professor Thiago por sempre serem tão paciente comigo e me acolher no Centro de Ciências Exatas e Tecnologia – CCET. Agradeço a pousada Vila do Mar por ser uma escola onde aprendo a cada dia, em especial agradeço a você Clarissa e Paulo pela confiança. Em especial Rosa, Eduardo, Dona Fatima, Seu Antônio por sempre estarem ali se dedicando com compromisso. A você Fernanda por me contagiar com seu sorriso, e Hudson pela indicação e por acreditar no meu profissionalismo.

Ao professor Cairo César por sempre acreditar no meu potencial desde o início e sempre proporcionar meios para complementar minha qualificação, por nunca dúvida e confiar em meus projetos e sempre ter estado ali ao meu lado me ensinando a pensar fora da caixinha, me deixando ser protagonista dos meus sonhos, por aconselhar, ouvir e valorizar seus alunos. Sinto-me privilegiada por todas as vezes que em sala de aula ouvi suas reflexões sobre nossa carreira e vida, pois o que sou hoje também foi lapidado por você. A professora Cristiane Rego por me proporcionar toda sua experiência de pesquisa e extensão dentro do grupo de pesquisa, por sempre me incentivar a publicar e conhecer outras linhas e meios de trabalhos, por sempre confiar em mim integralmente. Obrigada por contribuírem em minha vida e por compreenderem meus momentos de insanidade, Amo vocês.

Ao meu orientador Ruan Tavares, que ao receber meu convite aceitou logo de imediato e me ajudou a desenvolver um lindo trabalho, pois desde que idealizei e escolhi o tema não pensei em, mas ninguém além do mesmo para me orientar. Muito obrigada por ter abraçado esta pesquisa, por sua dedicação, por ter compartilhado seus conhecimentos e experiências e pela paciência em me guiar por todo esse percurso e apesar de tudo... sempre ter estado ali. Obrigada por acreditar em minha capacidade e me proporcionar conteúdos de universos profundos muito relevantes para esse trabalho, obrigada por não ter desistido e sempre ter buscado meios, planos e formas para continuar minha pesquisa. Obrigada por pensar, planejar e ministrar suas aulas de forma singular, por sua habilidade de conectar seus alunos através de

conteúdos muito além e despertar nossa curiosidade, por transformar a educação em algo leve e enriquecedor com sua dedicação e organização. Obrigada por estar ali conosco ministrando suas aulas sem distinção de conteúdo e qualidade, sempre dando o seu melhor. Por sempre tentar levar mesmo que de forma simples as atividades em loco para sala de aula, por muitas vezes se arriscar e abraçar responsabilidades somente para nos proporcionar experiências únicas e conteúdo, por dar conselhos, dicas e por puxa nossas orelhas algumas vezes. Serei eternamente grata a você por me ajudar a chegar até aqui, só posso lhe desejar todo sucesso do mundo e que continue a ser esse profissional dedicado, competente, brilhante, incentivador e único. Conte comigo pro que der e vier, terás sempre meu respeito e admiração.

Agradeço aos demais professores que ministram aula para o curso de Hotelaria professor Marco Aurélio pelo seu vasto conhecimento e por sempre está ali independente de tudo, professor Anderson Miranda por nos proporcionar desafios e sempre construir passo a passo com seus alunos. Aos que são de outros departamentos por demonstrarem paixão singular pelo curso, vocês fazem todo nosso esforço valer a pena. Professor Gamaliel por transformar a disciplina de sociologia e trazer outras possibilidades para hotelaria, professora Georgete Lopes por ensinar de forma única metodologia do trabalho científico, professora Nilma Lima por sempre acreditar em seus alunos quando nem eles não acreditavam, Professor Ricardo por transmitir seu amor por contabilidade. Agradeço também aos professores que ministram a disciplina de hotelaria hospitalar a professora Elza e Ruan meu orientador, pois a disciplina agregou para a construção desse trabalho.

Deixo meus agradecimentos também ao senhor seu Mario por sempre zelar pela Fabrica Santa Amélia. Fabio Henrique por sempre se dedicar e ser sempre proativo para com todos sem distinção, e nos ajudar em todos os momentos e independente do horário.

Agradeço a Universidade Federal do Maranhão por ter me acolhido e proporcionar as melhores oportunidades de ensino, aprendizagem e extensão, e por me ajudar em praticamente tudo em que um universitário necessita dentro do universo acadêmico. Tenho orgulho e carregarei o nome da universidade para onde eu for.

A todos que citei ou que não mencionei nessas páginas, mas que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse concretizar mais essa etapa da minha vida, meus sinceros e respeitosos agradecimentos. Foi lindo!

RESUMO

As ações de hospitalidade são fundamentais na recuperação de pacientes e na prestação de serviços de qualidade. O objetivo desse trabalho é analisar se a abordagem aos pacientes de COVID-19 contempla ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais das redes privadas em São Luís do Maranhão. Para essa pesquisa, foi elaborado um estudo de casos múltiplos de caráter exploratório-descritivo tendo como base as entrevistas semiestruturadas com as gestoras dos setores responsáveis por atender os pacientes de COVID-19 nos hospitais escolhidos para o estudo. Os dados foram coletados e organizados a partir de uma categorização previamente analisada e elaborada através do método da análise de conteúdo. Verificou-se que as gestoras entrevistadas tiveram percepções conceituais diferentes a respeito do conceito de hospitalidade, os principais serviços oferecidos aos pacientes de COVID-19 foram os mesmos nos três hospitais analisados desta pesquisa. Outro ponto a ser considerado é que, ambas as gestoras entrevistadas reconheceram a importância das ações de hospitalidades para com os pacientes de COVID-19, sendo a hospitalidade segundo as mesmas refletida em um bom atendimento, serviços de qualidades que são oferecidos, e na infraestrutura. Dessa forma, comprova-se que as ações de hospitalidade voltados aos pacientes de COVID-19 são necessárias e influenciam na prestação e qualidade dos serviços e proporciona conforto, segurança e bem-estar aos pacientes.

Palavras-chaves: Hospitalidade. COVID-19. Serviços. Hospitais

ABSTRACT

Hospitality actions are fundamental in the recovery of patients and in the provision of quality services. The objective of this work is to analyze whether the approach to COVID-19 patients includes hospitality actions in the view of the host of private hospitals in São Luís do Maranhão. For this research, an exploratory-descriptive multiple case study was prepared based on semi-structured interviews with managers of the sectors responsible for attending COVID-19 patients in the hospitals chosen for the study. The data were collected and organized based on a categorization previously analyzed and elaborated through the content analysis method. It was found that the interviewed managers had different conceptual perceptions regarding the concept of hospitality, the main services offered to patients of COVID-19 were the same in the three hospitals analyzed in this research. Another point to be considered is that both interviewed managers recognized the importance of hospitality actions towards COVID-19 patients, with hospitality according to them reflected in good service, quality services that are offered, and in the infrastructure. Thus, it is proven that hospitality actions aimed at COVID-19 patients are necessary and influence the provision and quality of services and provide comfort, safety and well-being to patients.

Keywords: Hospitality. COVID-19. Services. Hospitals

LISTA DE QUÁFICOS

Gráfico 1: Casos de Corona fora da China.....	25
Gráfico 2: Evolução de casos de COVID-19 no Brasil.....	26
Gráfico 3: Aumento de casos de COVID-19 no Brasil	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Equipe de apoio.....	39
Figura 2: Os três momentos de um cliente em um hospital.....	41
Figura 3: Organograma básico do departamento de hotelaria hospitalar.....	42
Figura 4: Triângulo da percepção do cliente na hotelaria hospitalar.....	45
Figura 5: Natureza dos serviços.....	49
Figura 6: Características dos serviços.....	50
Figura 7: Pacote de serviços.....	52
Figura 8: Dimensões para avaliar a qualidade.....	53
Figura 9: Interseção entre turismo e hospitalidade.....	59
Figura 10: Atividades relacionadas com a hospitalidade.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Diferença nas manifestações clínicas do resfriado comum e da infecção por influenza.....	20
Quadro 2: Vacinas que estão sendo testadas contra COVID-19.....	27
Quadro 3: COVID-19 no Maranhão em junho 2020.....	32
Quadro 4: COVID-19 no Maranhão em dezembro 2020.....	32
Quadro 5: COVID-19 no Maranhão em março 2021.....	33
Quadro 6: Casos por Bairros (Grande São Luís)	36
Quadro 7: Serviços semelhantes entre hotelaria convencional e hotelaria hospitalar.	43
Quadro 8: Serviços da hotelaria que podem ser adaptados a hotelaria hospitalar....	44
Quadro 9: Papel dos serviços na economia.....	47
Quadro 10: Reflexão filosófica da hospitalidade.....	55
Quadro 11: Tempos e espaços da hospitalidade.....	60
Quadro 12: Modelo comparativo entre as características dos domínios social e comercial da hospitalidade.....	63
Figura 13: Entrevistados do setor responsável por atender pacientes com COVID-19.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

BBC:	British Broadcasting Corporation
CAPES:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC:	Center for Diseases Control
CNN:	Cable News Network
COVID:	Corona Virus Disease
H1N1:	Hemaglutinina e Neuraminidase
IBRAC:	Instituto Brasileiro da Cachaça
OMS:	Organização Mundial da Saúde
OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
UTI:	Unidade de Terapia Intens

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. PANDEMIA DO COVID-19 E O SETOR DE HOTELARIA HOSPITALAR	18
2.1 A Pandemia do COVID-19	18
2.1.1 Pandemia do COVID-19 em São Luís do Maranhão	34
2.2 O setor de Hotelaria Hospitalar	37
3. SERVIÇO E HOSPITALDADE	46
3.1 Serviços	47
3.2 Hospitalidade	55
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
4.1 Tipo da pesquisa	65
4.2 Instrumentos de coleta de dados	66
4.3 Descrição e análise dos dados	66
4.4 Apresentação dos locais de estudos	67
4.4.1 Hospital A	68
4.4.2 Hospital B	68
4.4.3 Hospital C	68
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
5.1 Análise dos Conteúdos das Entrevistas	69
5.1.1 Percepção da estrutura física e humana	69
5.1.2 Identificação dos profissionais atuantes junto aos pacientes de COVID-19	69
5.1.3 Percepção do acolher, hospedar, alimentar e entreter	69
5.2 Discussão	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	111

1. INTRODUÇÃO

Grandes epidemias moldaram a história da humanidade ao longo dos tempos. Segundo a OMS (2008), mesmo com melhorias das condições socioeconômicas da população e estudos, as doenças infecciosas são responsáveis anualmente por cerca de 10 milhões de óbitos no mundo.

Nessa perspectiva, vale ressaltar o surgimento de pandemias. Segundo Alves (2014), as pandemias ocorrem quando uma epidemia¹ de origem infecciosa sai do controle e afeta grande parte da população no mundo. A partir de 2019 com o surgimento do novo COVID-19², passou-se a vivenciar a mais nova pandemia que teve seu início no dia 31 de dezembro na cidade de Wuhan na China, e multiplicou-se em várias regiões. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, foram confirmados no mundo 8.860.331 casos de COVID-19 e 465.740 mortes até 22 de junho de 2020. (OPAS, 2020).

A pandemia pelo mundo sobrecarregou hospitais, que ficaram sem leitos, equipamentos e equipe assistencial para atender os pacientes. (ORLANDO, 2020). Com a alta demanda por Unidade de terapia intensiva – UTI, diversos países têm construído hospitais de apoio para atender à demanda, e adaptaram vários locais em instalações médicas. (BBC NEWS, 2020; OMS 2020).

Dessa forma, em virtude da pandemia e as readequações nos sistemas de Saúde no mundo envolvendo processos e pessoas, pensa-se nas relações de hospitalidade estabelecidas entre anfitriões e hóspedes. Boeger (2011, p. 26) afirma que a experiência do paciente está relacionada aos momentos de chegada e alta atreladas ao acolher, hospedar, alimentar e entreter. Dessa forma as interações se tornam importante ao cliente durante o enfrentamento da doença.

Nesse sentido, pôde-se observar hospitais que adotaram práticas durante o tratamento do COVID-19, a exemplo do hospital Madre Teodora em São Paulo que adotou medidas humanizadas, onde equipes utilizaram suas fotos ampliadas em equipamentos de proteção individual – EPIs para melhorar a identificação na hora do atendimento. (CASTRO, 2020). Hospital Felício Rocho em Minas, realizou celebração onde paciente internado com COVID-19 teve festa de aniversário contando com a presença virtual dos familiares. (AYER,

¹ Doença infecciosa e transmissível que ocorre em comunidade ou região geográfica limitada.

² Corona vírus 2019

2020). Em hospitais da Unimed do Rio de Janeiro, foram adotados corredores de aplausos para passagem de pacientes de COVID-19 (MOURÃO e RUBIM, 2020).

O interesse pela pesquisa se deu a partir da experiência da pesquisadora durante estágio em um Hospital, onde acompanhou-se atividades e processos, onde se teve conhecimento de algumas práticas de hospitalidade, surgindo a inquietação em analisar as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com COVID-19 em instituições de Saúde. Após pesquisas sobre o tema em periódicos, teses e dissertações do CAPES, identificou-se estudos relacionados a hospitalidade entre anfitrião e hospede, a exemplo de Oliveira e Santos (2010), que estuda como a produção científica aborda as relações entre os mesmos no mundo. Matos (2020) que aborda sobre a relevância do serviço social frente a pandemia do COVID-19.

Já na perspectiva do curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão, após pesquisas realizadas no Núcleo de Projeto e Pesquisas e Hotelaria da UFMA, identificou-se estudos relacionados a hospitalidade em ambiente hospitalar, a exemplo de Muniz (2018), que aborda a hospitalidade no momento da morte em hospitais privados de São Luís- MA. E Melo (2018) que aborda sobre as relações de hospitalidade na gastronomia hospitalar em hospitais de São Luís- MA. Contudo, a presente pesquisa caracteriza-se como inédita, uma vez que investiga as relações de hospitalidade entre anfitrião e hóspedes em ambientes hospitalares privados diante de uma pandemia de caráter único. Após pesquisas em WebSites identificou-se discursões sobre assuntos relacionados a modificações realizadas por instituições de saúde diante a pandemia do COVID-19.

Durante todo o desenvolvimento desta pesquisa buscar-se-á responder ao seguinte questionamento: A abordagem aos pacientes da COVID-19 contempla ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais das redes particulares em São Luís do Maranhão?

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar se a abordagem aos pacientes da COVID-19 contempla ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais das redes privadas em São Luís do Maranhão. E como objetivos específicos, pretende-se: descrever a estrutura física e humana em hospitais das redes privadas; identificar os profissionais atuantes nas práticas assistências e

de apoio junto aos pacientes de COVID-19; verificar os procedimentos de acolhimento, hospedagem, alimentação e entretenimento voltado aos pacientes de COVID-19.

Com propósito de responder o problema da pesquisa e alcançar os objetivos propostos, estruturou-se a mesma da seguinte forma: o primeiro capítulo, apresentará discursões sobre a pandemia do COVID-19 através de discursões de autores como Alves (2014), OMS e OPAS (2020) que afirma que pandemias surgem quando uma epidemia sai do controle. Moura e Rocha (2012), que evidenciam que o vírus influenza tem sido responsável por grandes epidemias nos últimos 100 anos. Ainda no primeiro capítulo discute-se reflexões relacionadas a hotelaria hospitalar considerando pensamentos de autores como Boerger (2005) que define hotelaria hospitalar como a reunião de todos os serviços de apoio, associados aos serviços específicos que dispõem aos clientes conforto, segurança e bem-estar durante o contato ou internação na instituição.

No segundo capítulo, a hospitalidade e os serviços serão discutidos enfatizando pensamentos de autores Lashley e Morrison (2004) que classificam as diferenciações de hospitalidade em três domínios: privado, social e comercial. Las Casas (2004), Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) que abordam as características dos serviços.

No terceiro capítulo serão discutidos os procedimentos metodológicos, onde a pesquisa caracteriza-se como qualitativa de caráter exploratória e bibliográfica, pois visa a compreensão de uma instituição e abordagem de estudos. Optando-se por um estudo de casos múltiplos. Em seguida será abordado, a análise e a discursão dos resultados mediante entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores de hospitais de São Luís.

Nas considerações finais, observa-se as comparações dos resultados com conceitos citados no referencial teórico. Descrevendo as limitações e implicações da pesquisa, enfatizando as recomendações para elaboração de novos estudos. E por fim espera-se que a pesquisa sobre a ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19 em hospitais privados, contribua na compreensão a respeito das relações entre hospedes, anfitriões e serviço, e nas melhorias dos resultados organizacionais.

2. PANDEMIA DO COVID-19 E O SETOR DE HOTELARIA HOSPITALAR

Nesse capítulo, inicialmente será realizada uma abordagem conceitual trazendo algumas definições sobre pandemias e suas principais repercussões nos últimos anos, evidenciando as medidas e readequações que foram realizadas em nível global e nacional, trazendo no âmbito local, as descrições e reflexões sobre a pandemia do COVID-19 em São Luís – MA. Em seguida serão abordados aspectos relacionados a hotelaria hospitalar, trazendo como base pensamentos de autores e estudiosos que discorrem os principais conceitos, evidenciando os serviços de acolhimento que contribuem para o bem-estar dos pacientes, quando interligado com os serviços assistenciais.

2.1 A Pandemia do COVID-19

As pandemias vêm surgindo no mundo desde épocas antigas, segundo Resende (1998) a palavra “pandemia” teve sua origem grega formada com o prefixo neutro *pan* e *demos*, povo. Foi pela primeira vez empregada por Platão em seu livro *Das Leis* que foi usada no sentido genérico (MARCOVECCHIO, 1993), que se referia a qualquer acontecimento ou situação capaz de alcançar toda a população.

Essa mesma definição foi utilizada por Aristóteles em suas publicações (BAILLY, 1950) e veio a ser utilizada por Galeno como o adjetivo pandêmico em relação a doenças epidêmicas de grande difusão (LIDDELL et al., 1983). Segundo Dauzat (1964), a incorporação definitiva do termo pandemia ao glossário médico firmou-se a partir do século XVIII, encontrando-se o seu registro em francês no *Dictionnaire universel français et latin*, de Trévoux, de 1771. Por sua vez Vieira (1871-1874) afirma que o termo em português foi o vocábulo dicionarizado como termo médico por Domingos Vieira, em 1873.

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS), define pandemia como uma classificação usada para descrever o crescimento inesperado de uma doença em âmbito global. Segundo Alves (2014), pandemia ocorre quando uma epidemia de origem infecciosa sai do controle e impacta grandes quantidades populacionais como um continente ou o planeta inteiro.

Pode-se dizer que desde a antiguidade as pandemias acometem a saúde do ser humano. Segundo reportagem de Rodrigues e Monteiro (2020) a revista Galileu, já presenciamos outros momentos da humanidade, em que doenças se

espalharam pelo mundo e causaram estragos, dentre as doenças está a peste negra.

A peste negra é uma doença pulmonar causada pela bactéria *Yersinia pestis*; encontrada em roedores e são transmitidas a outros mamíferos e humanos, por meio de picadas de pulgas ou secreções como a saliva (ALVEZ, 2014). Por falta de saneamento básicos na época e a disseminação de ratos, se tinha com transmissores intermediários as pulgas, que se alimentavam com o sangue dos homens. Logo que os ratos morriam as pulgas abandonava-os e procurava abrigo em roupas de transeuntes (BRAGA, 2017). Tornando-se assim um dos principais agentes de infecção.

A doença foi muito recorrente na Europa e causou a morte de até 50 milhões de pessoas no continente somente no período entre 1347 a 1353 (HAYS, 2005). Pode-se dizer que a praga pode ter reduzido a população mundial de 450 milhões de pessoas para 350 milhões. (RODRIGUES e MONTEIRO, 2020).

Outra doença caracterizada como pandemia é a Varíola, a mesma afetou o mundo por mais de 10000 anos desde o seu descobrimento. ARAGUAIA (2020). O vírus *Orthopoxvirus variolae* era transmitido de pessoa para pessoa, por meio das vias respiratórias. (RODRIGUES e MONTEIRO, 2020).

Quando o programa de erradicação da varíola em 10 anos foi proposto pela OMS em 1967, 10 a 15 milhões de novos casos e 2 milhões de mortes ocorriam anualmente em 31 países. (BONITA 2010). Segundo o mesmo autor entre 1967 e 1976, houve registro da doença somente em dois países, sendo que o último caso notificado, em 1977, era o de uma mulher que havia sido contaminada pelo vírus em laboratório. A varíola foi declarada erradicada em 8 de maio de 1980 pela Organização Mundial de Saúde após campanha de vacinação em massa. (PENNINGTON H, 2003).

A cólera também teve seus momentos de pandemia pelo mundo a fora, sua primeira epidemia global em 1817, matou centenas de milhares de pessoas e desde então, a bactéria *Vibrio cholerae* sofre diversas mutações e causa novos ciclos epidêmicos de tempos em tempos. (RODRIGUES e MONTEIRO, 2020).

O Brasil só foi atingido pela cólera em 1991 pela fronteira do Amazonas com o Peru na 7ª pandemia que teve início na Indonésia, em 1961 (BRASIL, 2020). Segundo o Ministério da Saúde a região do Brasil mais afetada foram

as regiões e áreas mais pobres do Nordeste. Um dos países mais atingidos pela cólera foi o Haiti em 2010 e o Iêmen, em 2019 onde mais de 40 mil pessoas morreram devido à enfermidade (RODRIGUES e MONTEIRO, 2020).

A cólera é uma doença diarreica causada por infecção do intestino e normalmente é transmitida através de água ou alimentos contaminados com fezes, podendo infectar crianças e adultos. (OMS, 2006). Vale ressaltar que existiram casos de pandemias causadas por vírus influenzas que afetaram o mundo, segundo Costa e Merchan-Hamann (2016), a influenza ou gripe é considerada a infecção que mais causou doenças e mortes até a atualidade.

Pois vem ser uma doença aguda do sistema respiratório, causada pelo vírus Influenza, tendo alta capacidade de transmissão e distribuição global. No quadro abaixo é possível analisar as diferenças entre os sintomas de uma gripe comum e uma infecção por influenza:

Quadro 1 – Diferença nas manifestações clínicas do resfriado comum e da infecção por influenza

Sintomas	Gripe comum	Influenza (gripe)
Forma de início	Insidioso	Súbito
Febre	Mais baixa	Alta
Dor de cabeça	Menor intensidade	Intensa
Calafrios	Esporádicos	Frequentes
Cansaço/Fadiga	Moderado	Extremo
Dor de Garganta	Acentuada	Leve
Tosse	Menos intensa	Seca e contínua
Muco (Catarro)	Forte com congestão nasal	Menos frequente
Dor muscular	Moderada	Intensa
Ardor nos olhos	Moderado	Intenso

Fonte: Adaptado de Moura; Rocha (2012, p. 67)

Como pode-se observar no quadro acima, existem diferenças em relação as manifestações clínicas diante de uma gripe comum a uma infecção por influenza, o que se difere também diante das pandemias. Dentre os casos pandêmicos de gripes causados por vírus influenza estão a gripe Russa que se

iniciou na Europa em 1889 e se alastrando até o Rio de Janeiro; a Gripe asiática surgida na china em 1957 que atingiu o país em apenas 10 meses.

Segundo dados publicados por Barifouse (2020) a British Broadcasting Corporation - BBC News Brasil, os registros históricos apontam que, desde o século 16, o mundo passou por ao menos três pandemias provocadas por vírus influenza a cada cem anos. Dentre as três estão: a gripe de Hong Kong na china 1968, a mesma foi a última do século 20 e matou mais de 1 milhão de pessoas.

Ainda segundo os mesmos a maior pandemia foi a da gripe espanhola, com mais de 50 milhões de mortes no mundo entre 1918 e 1920. A mesma se espalhou por todo o planeta. Estima-se que 50% da população mundial foi contaminada, levando a 40 milhões de pessoas ao óbito, a gripe espanhola é considerada a pior pandemia da história. (ALVES, 2014).

Pode-se afirmar que mais de um quarto da população mundial na época foi infectada e até então presidente do Brasil da época Rodrigues Alves, que morreu da doença, em 1919. (RODRIGUES e MONTEIRO, 2020). Ainda segundo os mesmos autores, o vírus veio da Europa, a bordo do navio Demerara onde o mesmo desembarcou passageiros infectados no Recife, em Salvador e no Rio de Janeiro.

Segundo Silva (2020), apesar do nome, a gripe espanhola não surgiu na Espanha. Acredita-se que ela tenha surgido na China ou nos Estados Unidos. Ainda segundo o mesmo autor os primeiros casos foram registrados em um acampamento militar chamado Fort Riley, nos Estados Unidos. O primeiro paciente de que se tem conhecimento foi o soldado Albert Gitchell. (SILVA, 2020).

Dentre os sintomas da gripe espanhola estava o comprometimento do trato respiratório. Variando também aos de uma gripe, como febre, tosse, coriza, dores de cabeça e dores no corpo. Em relação a possíveis tratamentos na época em São Paulo, a população foi atrás de um remédio caseiro feito com cachaça, limão e mel. (RODRIGUES e MONTEIRO 2020). De acordo com o Instituto Brasileiro da Cachaça (IBRAC) foi dessa receita supostamente terapêutica que nasceu a caipirinha.

Depois de um bom tempo sem o conhecimento de uma nova pandemia em 2009 começam a surgir relatos de uma nova doença respiratória aguda.

O mundo estava há quatro décadas sem enfrentar uma pandemia quando, em março de 2009, o governo mexicano foi informado do aumento do número de jovens adultos que sofriam de uma doença respiratória aguda. Em pouco tempo, casos foram registrados nos Estados Unidos.

No mês seguinte, um novo subtipo do vírus influenza H1N1 foi identificado em amostras de pacientes coletadas nos dois países. Tratava-se de uma variedade inédita, surgida em animais e capaz de infectar humanos (BARIFOUSE, 2020, n.p.).

No entanto a doença misteriosa foi se disseminando e passou-se a ser chamada de H1N1³, mais conhecido como a gripe suína que se espalhou rapidamente pelo mundo, matando 16 mil pessoas. (RODRIGUES e MONTEIRO 2020). Segundo a OMS no Brasil, o primeiro caso foi confirmado em maio daquele ano e, no fim de junho, 627 pessoas estavam infectadas no país.

Em 11 de junho, a OMS declarou que o mundo enfrentava uma pandemia de gripe suína. Seu fim só seria anunciado pela agência 14 meses depois. Estudos científicos estimam hoje que de 11% a 24% da população global na época — entre 700 milhões e 1,7 bilhão de pessoas — tenha contraído o novo vírus. (BARIFOUSE 2020). Ainda segundo o mesmo autor:

O estudo do Instituto de Medicina Tropical da USP, feito com base nos dados do Ministério da Saúde, aponta que, em 2009 e 2010, foram notificados 105.054 casos no Brasil, dos quais 53.797 (51,2%) foram confirmados como sendo do novo subtipo de H1N1. Deste total de casos confirmados, 98,2% ocorreram em 2009. (BARIFOUSE, 2020, n.p.).

Dentre os casos notificados estavam pessoas com os sintomas febre, tosse, dificuldade de respirar, além de dor de cabeça e na garganta, mal estar, dores no corpo e calafrios. Um fato curioso é que a pandemia gripe suína ficou caracterizada por ter um número significativo de pacientes crianças, adolescentes e jovens adultos. Nessa perspectiva BARIFOUSE (2020) afirma em sua reportagem que:

A idade média entre os casos confirmados no Brasil em 2009 foi de 24 anos, segundo a pesquisa do Instituto de Medicina Tropical da USP. A faixa etária de 0 a 29 anos respondeu por 62,5% dos casos em 2009, enquanto aqueles com mais de 60 anos representaram apenas 4,8%. (BARIFOUSE, 2020, n.p.).

³ subtipo de Influenzavirus A, proteína hemaglutinina e neuraminidase

Segundo OMS e o Center for Diseases Control (CDC), o centro de controle de doenças nos Estados Unidos, não há risco de esse vírus ser transmitido através da ingestão de carne de porco, porque ele será eliminado durante o cozimento em temperatura elevada (71º Celsius). Contudo segundo a Fiocruz acredita-se que o mesmo possa ser transmitido da mesma maneira pela qual se transmite a gripe comum.

Ainda segundo o CDC, a vacina contra o H1N1 só se tornou amplamente disponível a partir de novembro de 2009, quando o número de novos casos havia caído drasticamente em todo o mundo.

A mesma teve seu papel fundamental no fim da pandemia em 2010 e em virtude disso, a OMS declarou seu fim em agosto daquele ano. Contudo segundo Barifouse (2020) mesmo a vacina tendo contribuído para controlar a disseminação, a mesma só foi possível porque já havia uma vacina contra outros vírus influenza, e foi uma questão de adaptar o que existia para o novo H1N1.

Após a pandemia do H1N1 em 2019 vivenciou-se talvez uma das mais terríveis pandemias da história, comparada com a gripe espanhola e H1N1 por ter quase os mesmos sintomas, o COVID-19, mas conhecido como Coronavírus⁴ vem se propagando e causando impactos a nível global em todos os setores. No dia 31 de dezembro de 2019, uma pneumonia de causa desconhecida detectada em Wuhan na China, foi relatada pela primeira vez ao Escritório da OMS na China.

Contudo ainda existem alguns mistérios quando se trata do surgimento do COVID-19, segundo dados publicados por Ortoboni (2020) a Cable News Network - CNN Brasil:

Ele foi identificado, pela primeira vez em um mercado de alimentos que vende, ilegalmente, animais selvagens na cidade de Wuhan, capital de Hubei, na China. Os casos vieram à tona após relatos de diversos casos de pneumonia. Especialistas acreditam que o vírus pode ter se originado em morcegos e depois passou para humanos. (ORTONONI, 2020, n.p.).

Nesse contexto, levando em consideração os vírus influenzas e suas formas de contágio. Costa e Merchan-Hamann (2016), afirma que o vírus Influenza de característica zoonótica, afeta muitas espécies de aves e

⁴ SARS-CoV-2 (família de vírus que causam infecções respiratórias).

mamíferos. Algumas vezes a transmissão ultrapassa as barreiras entre as diferentes espécies. O que pode ou não vim a criar cenários de propagação potencial pandêmico.

Nessa perspectiva BARIFOUSE (2020) a BBC NEWS, afirma que esta família de vírus é conhecida desde dos anos 1960 e circula em animais, principalmente morcegos. Ainda segundo o mesmo até agora, sabe-se que seis Coronavírus eram capazes de sofrer mutações, saltar a barreira entre espécies e infectar pessoas e o Sars-Cov-2, é o sétimo.

Dentre os principais sintomas da doença, segundo o Ministério da Saúde estão: tosse; febre; falta de ar; dor na garganta. A transmissão acontece quando uma pessoa doente entra em contato com outra pessoa por meio de um simples toque de mão, através de gotículas de saliva, espirro e também através de contato com superfícies e ou objetos contaminados.

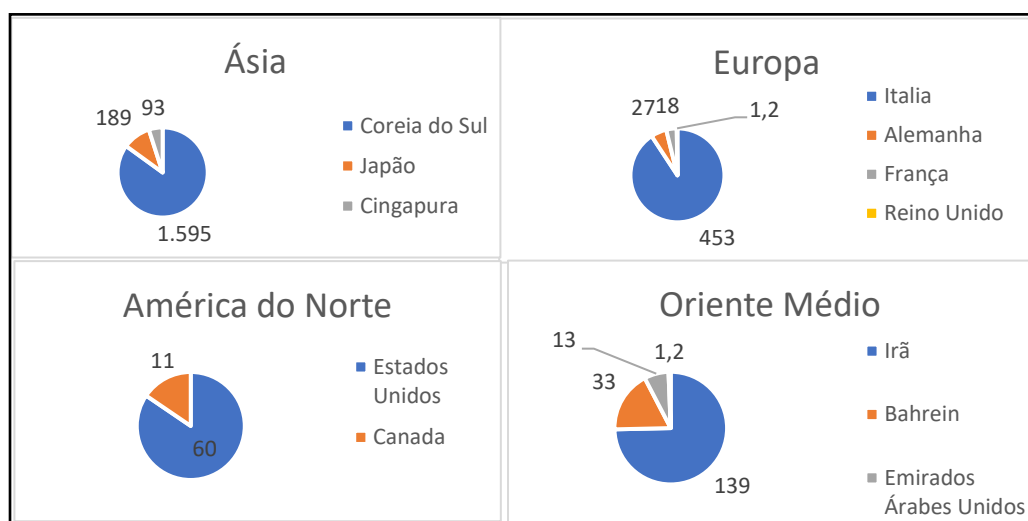
Diferente do H1N1 que acometia mais crianças e jovens adultos estudos afirmam que COVID-19 é mais letal e perigoso em idosos. Pois a taxa de letalidade do vírus é considerada baixa (entre 2% e 3%, segundo a OMS), mas o número sobe para 8% em pacientes de 70 a 79 anos e chega a 15% em maiores de 80 anos. (BIANCHINI, 2020)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 30 de janeiro de 2020, a OMS afirmou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Ainda segundo os mesmos a ESPII se trata do mais alto nível de alerta da organização, conforme previsto no regulamento sanitário internacional.

No dia 11 de março de 2020, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou em Genebra, na Suíça, que a COVID-19, atualmente se caracteriza como uma pandemia. No dia que a doença foi caracterizada como pandemia já existia mais de 118 mil casos em 114 países e 4,2 mil mortes causadas pelo vírus. (OMS, 2020)

Depois da doença atingir a china, a mesma começou a se disseminar através do mundo, segundo a reportagem publicada pela BBC News no dia 25 de fevereiro o número de casos de COVID-19 confirmados fora da china segundo a OMS eram:

Gráfico 1 – Casos de Corona fora da China



Fonte: Formulação própria, com base em OMS; BBC. (2020)

No gráfico acima, pode-se observar o número de casos do COVID-19 em outras regiões do planeta, e dentre os locais com mais casos notificados na presente época na Ásia é a Coreia do Sul; na Europa é a Itália; no Oriente Médio é o Emirados Árabes e na América do Norte é o Estados Unidos.

Vale ressaltar que depois dessa época o número de casos triplicou em várias outras regiões, onde autoridades sanitárias e esferas administrativas adotaram medidas de controle de prevenção da doença. Segundo Bezerra (2020), essas medidas se diferenciaram de uma região para outra do país, e a medida mais difundida pelas autoridades foi a prática do distanciamento social.

Nesse contexto, vale ressaltar as estratégias de controle de morbidade da população onde a quarentena humana vem se destacando em várias regiões. A mesma significa uma medida de saúde pública destinada a conter surtos epidêmicos ou a evitar que um determinado agente infeccioso atinja um território ou grupo social. (SANTOS et al., 2014).

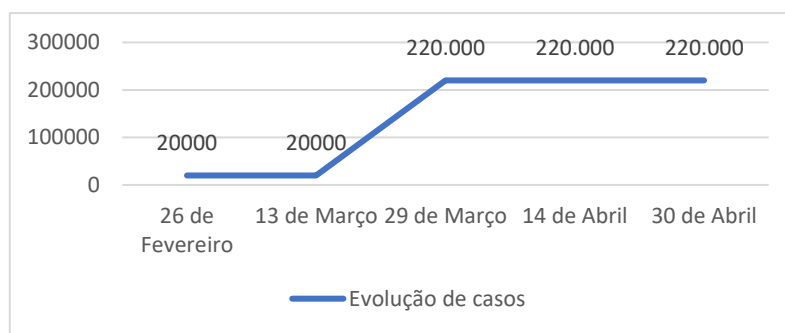
Segundo a OMS, haviam 168.019 casos confirmados da doença e 6.610 mortes registradas por COVID-19 em torno de 148 países ou territórios do mundo no dia 17 de março de 2020. (CNN, 2020).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o primeiro caso confirmado da doença se deu no dia 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. Ainda segundo o Ministério da Saúde, um homem de 61 anos deu entrada no Hospital

Israelita Albert Einstein, no dia 25 com histórico de viagem para Itália, região da Lombardia.

Após duas semanas, foi anunciado que o empresário de 61 anos em que se deu o primeiro caso confirmado da COVID-19 já estava curado. A primeira morte no Brasil, foi confirmada no dia 17 de março no Hospital Sancta Maggiore na cidade de São Paulo. (BBC, 2020). Vale ressaltar que depois da confirmação do primeiro caso os números subiram consideravelmente. Como pode-se observar no gráfico abaixo a evolução da doença desde sua confirmação no país:

Gráfico 2 – Evolução de casos de COVID-19 no Brasil



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde; BBC (2020)

O gráfico acima nos mostra a evolução da doença no Brasil, desde sua confirmação em fevereiro até meados de abril, observa-se que do mês de março a diante, os números de casos confirmados multiplicaram. Ainda segundo a reportagem publicada pela BBC com dados atualizados dia 25 de maio de 2020, O total de casos desde a chegada do Coronavírus ao país é de 363.211, e de mortos, 22.666. O número de casos recuperados são 142.587.

Vale ressaltar também algumas ações adotadas por instituições de saúde no combate ao COVID-19, a exemplo do hospital Madre Teodora em São Paulo, que adotou medidas humanizadas onde equipes utilizaram suas fotos ampliadas em equipamentos de proteção individual – EPIs para melhorar a identificação na hora do atendimento. (CASTRO, 2020). Ainda segundo o mesmo autor vale ressaltar que essa iniciativa se aplicou primeiramente em um hospital no Estados Unidos e serviu de referência para hospital em Campinas.

Pode-se citar também o Hospital Felício Rocho em Minas, que realizou uma celebração onde paciente internado com COVID-19 teve festa de aniversário contando com a presença virtual dos familiares. (AYER, 2020). Segundo o mesmo autor, o paciente estava internado a 21 dias no leito de terapia intensiva do presente hospital, e o aniversário contou com bolo, que apareceu na tela do tablet.

Ainda sobre as ações adotadas por instituições de saúdes, cita-se também os hospitais da Unimed do Rio de Janeiro, onde foram adotados corredores de aplausos para passagem de pacientes de COVID-19 (MOURÃO e RUBIM, 2020). Ainda segundo os autores, essa iniciativa era também para toda a equipe que participa linha de frente no tratamento do COVID-19.

Dentre as ações que estão sendo realizadas, pode-se citar também o Hospital Universitário da – UFMA, que junto com o setor de humanização disponibilizou mensagens positivas junto as refeições dos pacientes de COVID. Ação essa realizada no dia 09 de abril de 2020. (MORAES, 2020).

Com o número de casos surgindo, as equipes de cientistas do mundo inteiro buscam desenvolver a vacina dessa nova pandemia, segundo reportagem publicada por Nava (2020) a BBC, a velocidade com que as investigações estão sendo conduzidas, dizem os especialistas, é extraordinária, considerando que o desenvolvimento de uma vacina pode levar anos ou até décadas.

Segundo os mesmos, em apenas três meses, entre as mais de 90 equipes científicas que trabalham com uma vacina contra a doença, já existem seis candidatas que atingiram uma meta importante nesta corrida: testes em humano. Dentre elas estão:

Quadro 2 – Vacinas que estão sendo testadas contra COVID-19

Vacina mRNA-1273 - Moderna Therapeutics (Estados Unidos)	Vacina LV-SMENP-DC - Instituto Médico Genoimmune de Shenzhen (China)	Vacina AD5-nCoV - CanSino Biologics (China)
---	---	--

Elaborada por uma empresa de biotecnologia de massachusetts, baseada em um RNA mensageiro (RNAm), ou a ácido ribonucleico mensageiro	Também usa células dendríticas (leucócitos que protegem o corpo de antígenos)	No mesmo dia em que a Moderna iniciou seus testes em humanos, em 16 de março a mesma iniciou também.
Sem nome - Vacina do Instituto de Produtos Biológicos de Wuhan, subordinada ao Grupo Farmacêutico Nacional da China, Sinopharm (China)	Vacina INO-4800 - Inovio Pharmaceuticals (Estados Unidos):	Vacina ChAdOx1 - Instituto Jenner, Universidade de Oxford (Reino Unido)
País asiático é uma vacina de vírus inativado. Uma vacina inativada é feita de partículas do vírus, bactéria ou outros patógenos cultivados, sem capacidade de provocar doenças	Ela é focada na injeção direta de DNA cultivado por cientistas, usa mesma estratégia da anteriores estão usando novas tecnologias que envolvem a modificação ou manipulação de material genético.	É uma vacina recombinante semelhante à da empresa chinesa CanSino. versão atenuada de um adenovírus

Fonte: Adaptado de Navas (2020); BBC (2020)

Como mostra a figura acima, já existem possibilidades para o combate ao COVID-19 através da imunização, vale ressaltar que as mesmas ainda se encontram em testes e que não existem ainda nenhuma medicação que venha a eliminar o vírus. Contudo a farmacêutica chinesa Sinovac Biotech também produziu vacinas, e já passou pelas fases 1 e 2 de testes e contou com a participação de quase mil voluntários na China. (CNN,2020).

Ainda segundo os mesmos, a farmacêutica Chinesa realizou uma parceria com o Instituto Butantan para produção da futura vacina chamada de Coronavac,

anunciada dia 11 de junho de 2020 pelo governador de São Paulo. Vale ressaltar que a presente vacina já está no último estágio de testes. E dentro de três semanas, 9 mil voluntários brasileiros participarão dos testes. (CNN, 2020).

Vale ressaltar que as vacinas produzidas em parceria com o instituto Butantan, ainda não concluíram suas fases de estudos clínicos, nem o imunizante criado pela Universidade de Oxford e a farmacêutica AstraZeneca.

Doze meses após o primeiro surto na China, após longos testes e fases a Pfizer/BioNTech começa a imunização em massa no Reino Unido, no dia 08 de dezembro de 2020 aconteceu o maior programa de imunização do reino Unido que entrara para história, onde as primeiras pessoas receberam as primeiras doses da vacina contra o COVID-19. (BBC NEWS, 2020). Ainda segundo os mesmos serão distribuídas em cerca de 70 hospitais do Reino Unido para pessoas com mais de 80 anos, e parte dos profissionais que atuam em unidades de saúde e em asilos. O Reino Unido foi o primeiro país do mundo a começar a usar a vacina Pfizer/BioNTech.

Contudo a vacina do Pfizer/BioNTech possui um desafio logístico envolvido, pois as doses precisam ser armazenadas abaixo de -70°C , uma temperatura que demanda equipamentos especiais. Devido a essa peculiaridade existe a dificuldade de se transportar a mesma, com doses até regiões mais afastadas. Além disso as vacinas são armazenadas em embalagens com 975 doses cada e não podem ser divididas em lotes menores. (BBC NEWS, 2020).

No dia 17 de janeiro de 2021 ocorreu a primeira imunização contra COVID-19 no Brasil, segundo reportagem publicada por Baddini e Fernandes (2021) a CNN Brasil, logo depois da aprovação do uso emergencial pela Anvisa. A enfermeira Mônica Calazans de 54 anos foi a primeira pessoa a ser vacinada contra a Covid-19 no país. Ainda segundo os mesmos a mesma recebeu o imunizante CORONAVAC, desenvolvido no país pelo Instituto Butantan, no Hospital das Clínicas de São Paulo.

Dentre as principais recomendações de prevenção do COVID-19 segundo o Ministério da Saúde estão:

Lave com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%; ao tossir ou espirrar, cubra nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos. Mantenha uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; Evite abraços, beijos e apertos de

mãos; Não compartilhe objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; Evite circulação desnecessária nas ruas, estádios, teatros, shoppings, shows, cinemas e igrejas; Se puder, fique em casa; Utilize máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido em situações de saída de sua residência. (BRASIL, 2020, n.p.).

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que dentre as recomendações citadas algumas regiões do mundo em geral e o Brasil vem adotando o isolamento social. A OMS reforçou no dia 30 de março que as medidas de isolamento social são a melhor alternativa pra conter a propagação do vírus. E cobrou dos governos a garantia da renda e do bem-estar da população. (JORNAL NACIONAL, 2020). Vale ressaltar também que a Secretaria de Estado da Saúde (SES) anunciou, dia 19 de março, medidas para restringir a entrada do público externo nos hospitais públicos estaduais, alterações essas tomadas para reduzir e minimizar o risco de transmissão do coronavírus. (G1, 2020).

Em virtude disso vários estados do Brasil passaram a dotar a presente medida, nessa perspectiva vale ressaltar o estado do Maranhão, que foi o primeiro estado a declarar o Lockdown⁵ nas cidades: São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa. Segundo dados publicados por Froés (2020) ao G1, a medida foi determinada pela Justiça, a partir de ação do Ministério Público do Maranhão, após um levantamento constatar um ritmo elevado do crescimento de casos de COVID-19 no Estado. A medida iniciou dia 05 de maio e terminou somente dia 17 do mesmo mês.

O isolamento social por sua vez visa minimizar a propagação e evitar que pessoas se aglomerem, nesse contexto segundo Costa e Merchan-Hamann (2016), as pandemias de influenza ocorreram em épocas próximas a períodos de conflitos bélicos: Primeira Guerra Mundial (1914-1918), Guerra da Coreia (1950-1953), Guerra do Vietnã (1964-1973) e a ocupação soviética do Afeganistão (1979-1989). Os mesmos também afirmam que as ocasiões citadas possuíram grande movimentação de pessoas, o que aumenta a possibilidade de transmissão de doenças.

Froés (2020) ainda afirma que segundo o governador do Estado do Maranhão, ficaram suspensas todas as atividades não essenciais à manutenção da vida e da saúde, com exceção de serviços de alimentação, farmácias, portos

⁵ Confinamento ou bloqueio total, medida imposta por governos com objetivo de intensificar o isolamento social

e indústrias. Nesse contexto, levando em consideração o colapso no sistema de Saúde o presente Governo adotou algumas medidas contra o COVID-19, como os seletivos para contratação imediata de profissionais de saúde para todo o estado.

Segundo reportagem publicada pelo G1, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES), anunciou um edital para contratação desses profissionais com inscrições no dia 20 a 22 de março (G1, 2020). Vale ressaltar que na presente época não se tinha nenhum caso confirmado da COVID-19 no estado. E também que vários outros seletivos voltados para profissionais de saúde foram publicados para suprir a demanda em vários hospitais do Maranhão.

Ainda sobre as medidas adotadas, cita-se ainda os hospitais de campanha erguidos no Maranhão em meio a parcerias, que têm ajudado a ampliar o número de leitos no combate ao COVID-19. O primeiro foi de Açailândia, com 60 leitos construído em parceria com a Vale, o segundo foi o de São Luís- MA com 200 leitos, os próximos foram Bacabal com 30 leitos e pedreiras com 40 leitos. (BRASIL,2020).

O Estado do Maranhão também contou com o apoio das Universidades no combate ao COVID-19, a exemplo da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (Proec) da Universidade Federal do Maranhão que promoveu um projeto chamado “Máscaras pela Vida” com expectativa de produção de dez mil máscaras em um mês. (UFMA, 2020). Ainda segundo eles, as mesmas foram distribuídas gratuitamente a comunidades do Itaqui-Bacanga, onde envolveu a participação de dez costureiras dos bairros adjacentes a Universidade.

O projeto é uma iniciativa da Proec e é coordenado pelo professor do curso de Turismo Saulo Santos, e conta com a parceria de vários setores da instituição, como Diretoria Interdisciplinar de Tecnologias na Educação (Dinte); Superintendência de Tecnologia da Informação (STI); Superintendência de Comunicação e Eventos; Diretoria de Empreendedorismo da Pró-Reitoria da Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa, Pós-Graduação e Internacionalização (Ageufma), além da participação voluntária de docentes, técnicos administrativos e discentes da UFMA, de instituições públicas, privadas e do terceiro setor. (UFMA, 2020, n.p.).

Além do projeto Máscaras pela Vida, a Universidade Federal do Maranhão em apoio com outras Universidades Estaduais e Federais elaboraram outros projetos e pesquisas voltados a pandemia do COVID-19. Segundo boletim de

COVID-19 elaborado pelo Governo do Maranhão e atualizados dia 22 de julho de 2020, é possível analisar o número de casos em todas as cidades do Maranhão, dados esses que podem ser observados no quadro abaixo:

Quadro 3 – COVID-19 no Maranhão em julho 2020

População		
Confirmados: 195.599	Recuperados: 187.349	Óbitos: 4.355
Suspeitos: 6.426	Descartados: 355.420	Testes realizados: 469.086
Internação em Enfermaria Rede Pública/ Privada: 203	Internação em UTI Rede pública/ Privada:125	Isolamento Domiciliar: 3933
Profissionais de saúde		
Confirmados:4220	Recuperados:4115	Óbitos:74

Fonte: Formulação própria com base em Brasil, (2020).

Pode-se observar no quadro a cima o boletim de casos de COVID-19 no estado do Maranhão, onde descreve o número de casos confirmados, recuperados e óbitos de pessoas e profissionais de Saúde. Também descreve o número de pessoas internadas em enfermarias e UTI's de hospitais públicos e privados frente ao combate ao COVID-19. Nesse sentido, é importante ressaltar que a grande maioria de leitos disponíveis para o tratamento do COVID-19 se encontram na capital São Luís – MA.

Abaixo é possível analisar a evolução dos números de casos segundo boletim de COVID-19 elaborado pelo Governo do Maranhão e atualizado em dezembro de 2020.

Quadro 4 – COVID-19 no Maranhão em dezembro 2020

População		
Confirmados: 70.68	Recuperados: 47.776	Óbitos: 1.760
Suspeitos: 1.701	Descartados: 65.071	Testes realizados: 136.689
Internação em Enfermaria Rede Pública/ Privada: 657	Internação em UTI Rede pública/ Privada:390	Isolamento Domiciliar: 20106
Profissionais de saúde		
Confirmados:1804	Recuperados:1642	Óbitos:35

Fonte: Formulação própria com base em Brasil, (2020).

Pode-se observar no quadro acima a evolução dos casos e COVID-19 em dezembro de 2020, que na presente região onde o número de casos de pacientes internados em hospitais públicos e privados diminuiram. Contudo após um ano desde que a OMS declarou a COVID -19, uma pandemia o número de casos de pessoas infectadas e número de óbitos dispararam novamente no estado, conforme pode ser visto no quadro abaixo atualizado dia 22 de março de 2021.

Quadro 5 – COVID-19 no Maranhão em março 2021

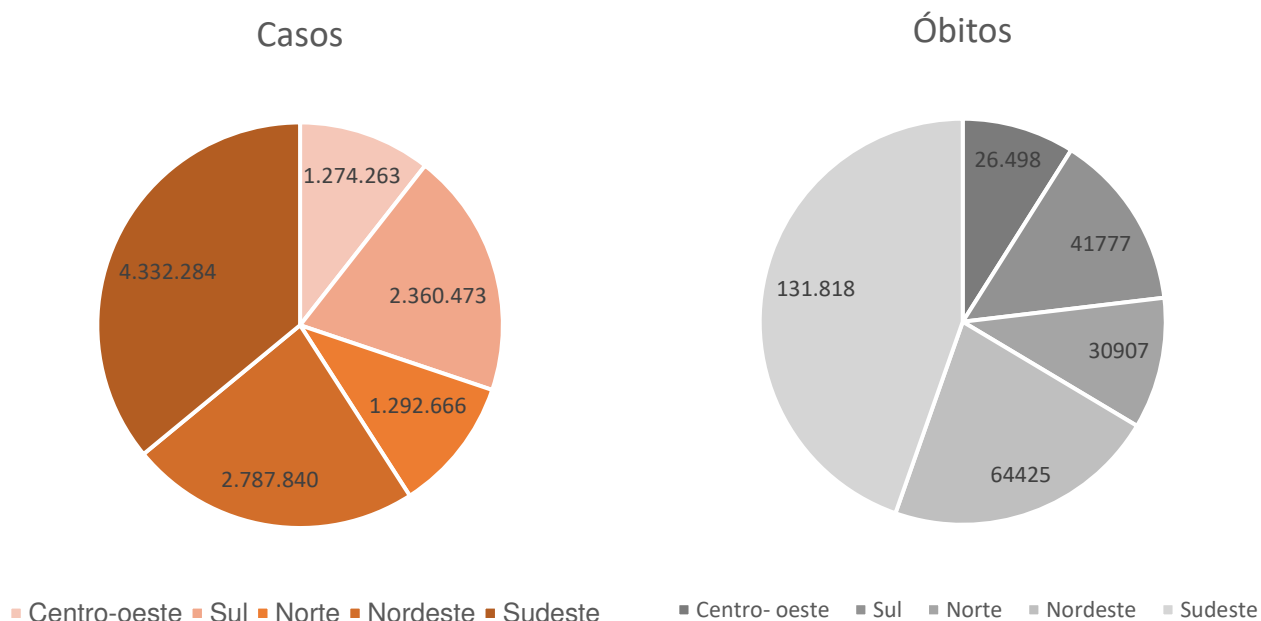
População		
Confirmados: 234633	Recuperados: 215142	Óbitos: 5720
Suspeitos: 1711	Descartados: 438827	Testes realizados: 572251
Internação em Enfermaria Rede Pública/ Privada: 1.8085	Internação em UTI Rede pública/ Privada: 625	Isolamento Domiciliar: 12062
Profissionais de saúde		
Confirmados:4406	Recuperados:4251	Óbitos:75

Fonte: Formulação própria com base em Brasil, (2020).

Conforme visto quadro acima, fica evidente o aumento do número de casos desde o início da pandemia em março de 2020 no estado do maranhão.

Entretanto em outras regiões do Brasil não vem ser diferente. Abaixo se pode observar no gráfico atualizado em 22 de março de 2021 o número de casos.

Gráfico 3 – Aumento de casos de COVID-19 no Brasil



Fonte: Adaptado de Secretarias Estaduais de Saúde (2020).

Conforme visto nos gráficos acima, pode-se analisar o grande número de pessoas contaminadas e o número de óbitos das regiões do Brasil, onde somados até o dia 22 de março de 2021 o número de casos é de 12.047.526 e de óbitos 295.425 no país, segundo o painel interativo elaborado pela Secretaria estadual de saúde.

2.1.1 Pandemia do COVID-19 em São Luís do Maranhão

O primeiro caso de COVID-19 na capital São Luís, foi confirmado pela Secretaria de Estado de Saúde e Governo do Maranhão no dia 20 de março de 2020. Segundo a presente secretaria, o paciente é um homem idoso que retornou de viagem à São Paulo, vale ressaltar que o mesmo não apresentou sintomas graves da COVID-19 e esteve em isolamento domiciliar. (FRÓES, 2020). No entanto antes de se ter a primeira confirmação da doença, o Governador do Maranhão Flavio Dino já havia adotado um decreto com medidas temporárias e restritivas de prevenção ao novo Corona Vírus no Estado. A exemplo do decreto:

nº 35.660, de 16 de março de 2020 dispõem que:

Art.1º Ficam estabelecidos, nos termos do decreto, os procedimentos e regras a serem adotadas, no âmbito de competência do poder executivo, para fins de prevenção da transmissão do COVID-19.

Art.2º Ficam suspensos:

I – a realização de congressos, seminários, plenárias e similares organizados pelos órgãos e entidades do Poder Executivo, ou que sejam realizados nas suas dependências que não sejam urgentes e inadiáveis.

II – a autorização para afastamento, em missão oficiais, de servidores públicos estaduais ao exterior ou a outros Estados, exceção feita a casos urgentes e inadiáveis, mediante requerimento dirigido ao Secretário -Chefe da Casa Civil.

III – a realização de eventos de qualquer natureza com previsão de grande aglomeração de público, que exijam a expedição de licenças do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Maranhão e/ou da Delegacia de Costume. (BRASIL, 2020, 4 p.)

Contudo, além do decreto acima, vale ressaltar que com o aumento do número de casos confirmados da doença, foram estabelecidos outros decretos e medidas que entraram em vigor em São Luís - Ma. Segundo o Governo do Maranhão, dentre as medidas estão: restrição de circulação de pessoas, o uso obrigatório de máscaras, o funcionamento de estabelecimentos onde se encontram as atividades essenciais, circulação de motoristas de aplicativos. (BRASIL, 2020).

Diante de ações adotadas pelo Governo em todo o Estado do Maranhão já citadas acima, o mesmo também contou com o apoio dos hospitais particulares, onde foram alugados alguns leitos em virtude das super lotação e esgotamento em hospitais privados e públicos da cidade de São Luís – MA. Foi anunciado pelo presente governo no dia 21 de abril de 2020 que o estado alugou mais 200 leitos em hospitais particulares, dentre os hospitais estão o Hospital Real e Hospital São José localizados no centro da capital.(G1,2020).

Nesse contexto, levando em consideração o esgotamento de leitos em hospitais públicos e privados da grande São Luís – MA, é importante evidenciar que a casos confirmados de COVID-19 em todos os bairros, contudo existem bairros com o número de casos elevados. Segundo o mapeamento COVID-19 da Grande São Luís, elaborado pelo Governo do Maranhão é possível identificar o número de casos confirmados por bairros. (BRASIL, 2020). Vale ressaltar que

os dados do mapeamento foram selecionados dos bairros que tiveram o número de casos confirmados acima de 100. Os mesmos foram atualizados no dia 22 de março de 2021. Conforme pode-se observa no quadro abaixo:

Quadro 6 – Casos por Bairros (Grande São Luís)

CIDADES	BAIRROS	Nº CASOS
São Luís	Turu	1012
	Cidade Operária	674
	Renascença	685
	Cohatrac I, II, III, IV, Primavera-Cohatrac	688
	Calhau	482
	Centro	665
	Olho D'água	307
	Anjo da Guarda	417
	Cohama	412
	São Francisco	465
	Anil	385
	Liberdade	282
	Bairo de Fatima	227
	Vila Embratel	261
	Jardim São Cristóvão / Conjunto Juçara / Conjunto Penalva	312
	Ponta d'Areia	265
	Bequimão	333
	Monte Castelo	354
	Conjunto Habitacional Vinhais	307
	Angelim	181
	Coroadinho	208
	João Paulo	199
	Cohab Anil I	170
	Forquilha	164
	Maracanã	143
	Cidade Olímpica	156
Conjunto São Raimundo	145	
Cohafuma	145	
	Vila Palmeira	192
Paço do Lumiar	Maiobão	311
São José de Ribamar	Araçagy	343
	Parque Vitória	164

Fonte: Formulação própria com base em Brasil, (2020).

No quadro acima, é possível identificar o número de casos elevados em alguns bairros da grande São Luís que obtiveram o número de casos confirmados acima de 100, vale ressaltar que existem outros bairros de São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa com índices menores de casos confirmados. Contudo é possível identificar que o bairro Turu encontram-se o maior número de casos confirmados do COVID-19.

Nessa perspectiva em meio ao crescimento do número de casos e a procura por hospitais por conta da pandemia, vale ressaltar a importância da hotelaria hospitalar nas instituições de Saúde, pois a mesma busca oferecer ao paciente todo conforto e bem-estar durante todo o seu momento de permanência no hospital, por meio da junção de todos os serviços, além de criar novas estruturas que contribuem para a experiência dos mesmos no local.

2.2 O setor de Hotelaria Hospitalar

O setor de hotelaria hospitalar veio se moldando ao longo dos tempos assim como o seu conceito. Segundo Dias (2003), os conceitos que se tem hoje de hotelaria hospitalar não faziam parte do contexto dos hospitais de antigamente. Pois antes o hospital era um local voltado apenas para pessoas pobres ou com doenças contagiosas, e com o passar dos tempos isso foi mudando.

Segundo Boeger (2003), desde a antiguidade os hospitais e hotéis eram locais que abrigavam viajantes, peregrinos, e enfermos que eram levados isoladamente em virtude de moléstias e pestes. No entanto com o passar dos tempos, devido a mudanças da sociedade e as novas necessidades envolvendo a economia, os hospitais vão se modificando. As instituições passam a se com qualidade em suas instalações e deixa de ser somente provedor de cura, surgindo assim hotelaria hospitalar (DINIZ, 2016). Nesse sentido Godoy (2008), comenta que somente a quinze anos atrás a hotelaria hospitalar começou a ganhar evidência no Brasil, seguindo o modelo americano que já era evidenciado em diversas partes do mundo.

Em busca de ir além das expectativas dos pacientes, e oferecer conforto nas instalações e serviços adicionais, se encontra o setor de hotelaria hospitalar.

Que surge a partir de mudanças nos padrões do comportamento dos mesmos. (CÂNDIDO; MORAES; VIERA, 2004, p. 13).

Pois os mesmos, além de irem nas instituições de saúde em busca de atendimento médico, também vão de encontro a outros ambientes. Buscam além da cura e do tratamento médico, ambientes que ofertam segurança, conforto e o bem-estar para acompanhantes e familiares. (BOEGER, 2003, p. 24).

Vale ressaltar também que com o passar dos tempos e todas as readequações no atendimento em hospitais, o paciente passa a ser visto como cliente de saúde. Segundo Oliveira *et al*, (2012), essa denominação abrange toda e qualquer pessoa que vão de encontro a hospitais para adquirir serviços médicos, ou buscar informações. Já Tarabousli (2003) descreve o cliente de saúde como:

Vislumbramos, ou melhor, entendemos por cliente de saúde toda e qualquer pessoa que entra em contato com o hospital para adquirir serviço médico-hospitalar, ou simplesmente solicitar uma informação. Ela é um ser humano que quer atenção, respeito e qualidade. A princípio, ela não gostaria que estivesse procurando pelos serviços hospitalares devido à natureza dessa atividade e dos transtornos que isso possa lhe causar; afinal, ninguém frequenta um hospital por sua livre e espontânea vontade, mas por estar, circunstancialmente, obrigado a fazê-lo. (Tarabousli, 2003, p.20).

Observa-se assim, que os clientes de saúde podem ser além da pessoa hospitalizada, os amigos, visitantes, acompanhantes e familiares, ou seja, toda pessoa que entra em contato com a instituição. Ainda sobre o conceito de hotelaria hospitalar vale destacar que vários autores vêm conceituar o mesmo.

Tarabousi (2006 apud Godoy, 2008), descrevem a hotelaria hospitalar como uma mudança na essência do atendimento em instituições de saúde com a inserção de novos serviços e processos nas atividades diárias de atendimento ao paciente. Para Godoy (2004) hotelaria hospitalar é “a introdução de técnicas, procedimentos e serviços de hotelaria em hospitais com o conseqüente benefício social, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários”.

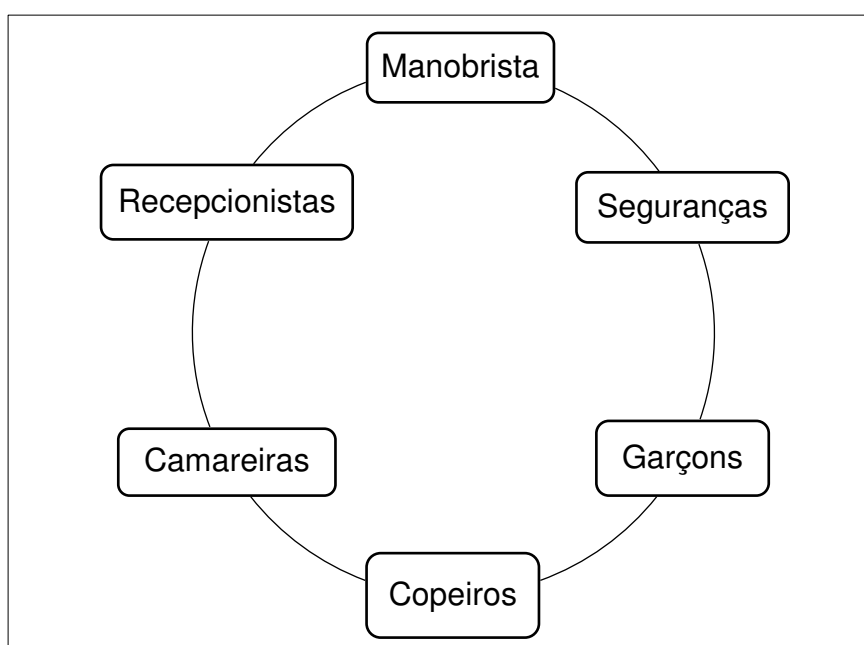
Cândido, Moraes e Viera (2004, p.52), também definem a hotelaria hospitalar como:

A prática de serviços e atividades que visam o bem-estar, conforto, segurança, assistência e a qualidade no atendimento a clientes de saúde, representada por pacientes e acompanhantes, desde seu check-in até seu completo check-out em um hospital.

Nesse mesmo sentido, Boeger (2003), por sua vez vem definir hotelaria hospitalar como sendo “a reunião de todos os serviços de apoio, associados aos serviços específicos que dispõem aos clientes externos e internos conforto, segurança e bem-estar durante o contato ou internação na instituição”.

Ressalta-se que os serviços de apoio vem ser os “serviços não assistenciais que, operacionalmente, mantêm contato direto com o cliente”. Boeger (2011). Ainda segundo o mesmo autor os serviços de apoio são compostos por uma equipe que podem representar mais de 1/3 dos funcionários de todo o hospital. Os mesmos são descritos na figura abaixo:

Figura 1 – Equipe de apoio



Fonte: Formulação própria, com base em Boeger (2011, p.2)

Na figura acima, pode-se observar a equipe que compõe os serviços de apoio e se associam aos serviços específicos e contemplam a experiência do cliente, proporcionando bem-estar e conforto. Nesse sentido evidencia-se que o setor de hotelaria hospitalar comporta muitos profissionais onde se torna fundamental a presença da a equipe assistencial, uma vez que ela auxilia a equipe assistencial.

Vale ressaltar que em todos os conceitos de hotelaria hospitalar, sempre vai estar presente a oferta de possibilidades que vão com o objetivo de saciar os

desejos dos clientes. Como a oferta de conforto, segurança promovendo assim o bem estar do mesmo. Segundo Boeger (2011), a hotelaria hospitalar sempre existiu nos hospitais na qualidade de serviços oferecidos aos clientes como limpar, organizar, arrumar e no atendimento. Ou seja, o setor sempre esteve presente de forma indiscreta e sem estruturação. Nesse sentido ressalta-se a importância dos treinamentos nesse setor uma vez que se caracteriza como complexo devido ao alto fluxo de pessoas.

Taraboulsi (2006), afirma que o presente setor “É uma tendência que veio para livrar os hospitais ‘da cara de hospital’, e que traz em sua essência uma nova proposta”. Nesse mesmo sentido Godoi (2004, p.50), afirma que “o hospital não precisa ser ‘frio’, ele pode ser caloroso e aconchegante”, ou seja, vem deixar de ser aquele ambiente frio e impessoal dando assim espaço para hospitalidade, uma vez que os serviços oferecidos satisfazem os anseios e trazem conforto ao cliente. Necessidades essas que vão estar presente durante todo o momento em que o cliente estará em contato com a instituição.

É importante ressaltar que dentro da hotelaria hospitalar a hospitalidade se faz presente no momento da morte, no suporte ao luto que é prestado aos familiares que se encontram muita das vezes em um processo de fragilidade. Nesse sentido Boeger (2011) comenta sobre a importância da hospitalidade no momento de suporte no momento de perda e dor.

Boeger (2011, p. 26), nos diz que “a experiência do cliente em um hospital pode ser dividida em três momentos: sua chegada ao hospital, sua internação e sua alta”. A mesma pode ser observada na figura abaixo:

Figura 2 – Os três momentos de um cliente em um hospital



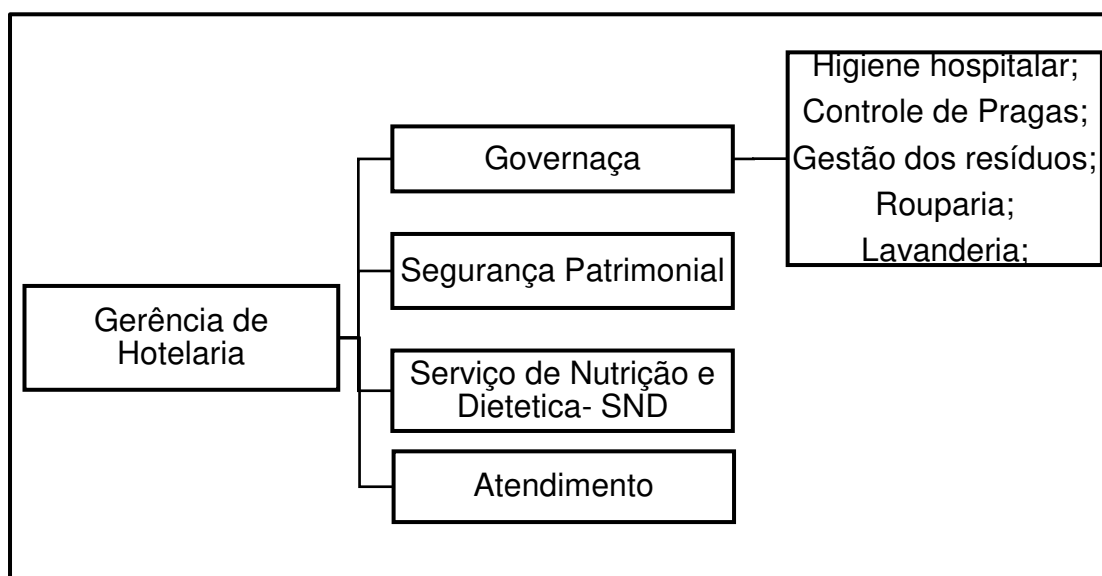
Fonte: Formulação própria, com base em Boeger (2011, p.26)

Na figura acima, pode-se observar as ações de hospitalidade atrelada em todos os momentos em que o cliente passa no hospital. Desde sua entrada e saída a experiência do cliente está sendo construída.

No momento da chegada o mesmo deve ser acolhido da melhor forma possível de maneira ágil, uma vez que o mesmo se encontra ansioso e valoriza o tempo de espera; ao chegar ao apartamento deve ser hospedado em uma unidade de internação adequada pois nesse momento o cliente volta-se a sua atenção aos detalhes da infraestrutura e tudo presente no ambiente; no momento da saída do leito deve-se alimentá-lo conforme sua necessidade e também entretê-lo através de ambientes interativos até o momento de sua alta, onde o mesmo deixa o hospital. (BOEGER, 2011, p.27-28).

Além dos serviços de apoio já citado a cima, o setor de hotelaria hospitalar possui serviços específicos que fazem parte de sua estrutura. Vale ressaltar que essa estrutura pode se diversificar. Segundo Boeger (2008), o organograma desse setor não possui unicidade, pois o mesmo pode ser reestruturado de acordo com o tamanho físico do hospital e os serviços oferecidos. Na figura a seguir é possível identificar o organograma básico do setor.

Figura 3 – Organograma básico do departamento de hotelaria hospitalar.



Fonte: Elaboração própria com base em Boeger, (2008).

Na figura acima, é possível observar que a gerência de hotelaria responsável pela gestão, exerce uma função-chave coordenando as demais áreas que integram o setor. O setor de governança que é responsável por supervisionar a higiene hospitalar, controle de pragas, gestão de resíduos, rouparia e lavanderia. Pode-se observar que o mesmo abrange um número maior de atividades. Segundo Boeger (2003) “centralizar todas essas operações sob responsabilidade de uma governanta também é bastante interessante, pois otimiza o tempo da equipe de enfermagem em priorizar a área assistencial”.

No setor de segurança patrimonial são exercidas atividades como prestação de informações e vigilância, na grande maioria dos hospitais o presente setor é gerenciado por terceirizadas; O serviço de nutrição e dietética produz e distribui as refeições para acompanhantes e pacientes de acordo com suas restrições; O setor de atendimento é responsável por acolher o cliente durante a sua chegada, prestar atendimento aos clientes durante toda sua permanência. Geralmente é onde os mesmos tem o primeiro contato.

Conforme pode-se observar o setor de hotelaria hospitalar dentro das instituições de saúde é responsável por administrar setores chaves da instituição, com o objetivo de prestar os melhores serviços durante a estadia hospitalar. Nesse sentido Boeger (2003, p.55) afirmar que:

Dentro de um hospital, a gestão hoteleira deve respeitar as regras e funções hospitalares, adaptando-se a elas. Em contrapartida, as funções hoteleiras devem ser vistas como a tradução da qualidade pela prestação de serviços de atendimento de acolhimento, com base em princípios operacionais e de gestão que devem ser aceitos, entendidos, absorvidos e efetivamente exercidos por todo o corpo hospitalar.

Tendo em vista aspectos de qualidade e satisfação do cliente, Godoi (2004) descreve que os hotéis têm muitas semelhanças com os hospitais. Pois tanto a hotelaria convencional e a hospitalar possuem muitos setores com funções idênticas a exemplo do setor de lavanderia, cozinha, recepção, entre outras.

Nesse mesmo sentido para Marques & Pinheiro (2009) a mudança na administração hospitalar requer que ambos pacientes e acompanhantes, sintam-se como se estivessem hospedados em um hotel. No quadro abaixo é possível identificar os serviços semelhantes da hotelaria convencional que podem ser adaptados a hotelaria hospitalar.

Quadro 7 – Serviços semelhantes entre hotelaria convencional e hotelaria hospitalar.

Hotelaria convencional	Recepção – Check-in e Check-out	Recepção- Internação e altas	Hotelaria hospitalar
	<i>Conciergerie</i> (portaria social)	Balcão de Informações	
	Alimentos e Bebidas	Nutrição	
	Lavanderia	Lavanderia	
	Reservas	Agendamento/ Progamação	

Fonte: Elaboração própria com base em Taraboulsi (2006, p. 53).

Conforme observado no quadro acima, é possível identificar as semelhanças entre alguns serviços da hotelaria clássica e a hospitalar. Percebe-se também que tal adaptação contribui para o melhor atendimento e assistência aos clientes, familiares. Minimizando os possíveis efeitos causados pela internação. Como forma de melhorar o atendimento nos hospitais e torna-lo mais dinâmico, outros serviços que são utilizados nos hotéis também podem ser implantados e adaptado as condições do ambiente hospitalar para os clientes. (MUNIZ, 2018).

Godoy (2008), também comenta que alguns setores e departamentos podem ser adaptados ou inseridos na rotina do hospital e se enquadra na hotelaria hospitalar. Tais adaptações podem ser vista no quadro abaixo:

Quadro 8 – Serviços da hotelaria que podem ser adaptados a hotelaria hospitalar

Serviços	Serviço de mensageiro e capitão porteiro
	Governança: governanta e camareira
	Room Service: Serviço de quarto para clientes de saúde
	Restaurante para familiares, acompanhantes e visitantes.
	Departamento de eventos
	Serviços de lazer: sala de leitura; brinquedoteca; jogos; ginásticas; e entre outros.
	Lojas de artigos; salão de beleza e entre outros.
	Biblioteca; jardins; sala de vídeos/auditórios; achados e perdidos; capela ecumênica;

Fonte: Elaboração própria com base em Godoy (2008); Taraboulsi (2006).

Evidentemente observa-se que alguns serviços presentes na hotelaria convencional podem ser inseridos e adaptados nas instituições de saúde gerenciados pela hotelaria hospitalar. Podendo trazer mais conforto, bem-estar e até mesmo favorece na recuperação dos clientes. Nesse sentido Cândido; Moraes; Viera (2004, p. 189-190)

há poucos anos, as organizações hospitalares começaram a perceber que seus clientes e pacientes tinham as mesmas necessidades que um consumidor comum, e que a organização não estava correspondendo à satisfação dessas necessidades. Os pacientes necessitam de “tecnologia, segurança, conforto, bom atendimento e um ambiente que proporcionasse a sensação de estar em casa e/ou um hotel.

A implantação dos serviços hoteleiros em hospitais contribui para qualidade e favorece a experiência e as necessidades dos clientes que podem ser atendidas mediante a adaptações em tais serviços.

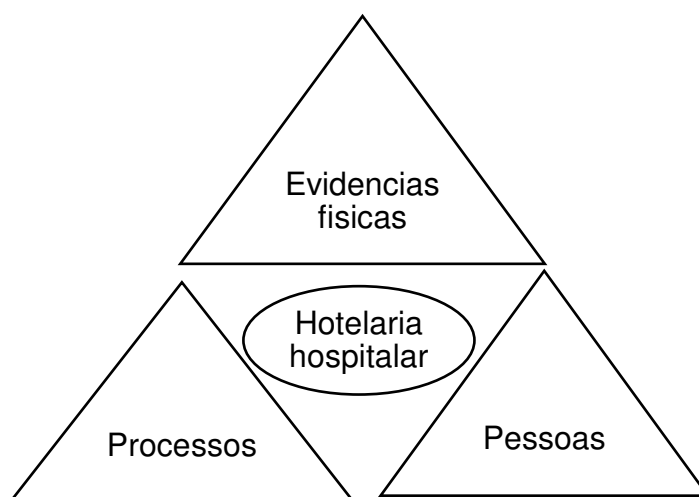
Vale ressaltar também a preocupação com os serviços prestados aos acompanhantes, segundo Boeger (2017):

É necessário incluir o acompanhante nas tomadas de decisão, oferecendo-lhe conforto, segurança e bem-estar”, o cuidado prestado ao acompanhante é importante por ele representar uma referência física e emocional para o paciente. (BOEGE, 2017, p. 65).

Dessa forma, percebe-se que importante que acompanhantes sejam incluídos nas ações nas instituições de saúde, e também tenha seus anseios atendidos uma vez que quando acolhidos podem ajuda na recuperação do paciente e futuramente contribuir com o hospital. Nesse sentido ainda segundo Boeger (2007), a percepção dos clientes mediante suas expectativas é evidenciada em três vertentes: evidencias físicas; processos e pessoas.

As evidencias físicas se remetem ao ambiente como todo onde podem instigar opiniões de clientes quanto a exemplo, estão os revestimentos, pisos dentre outros; os processos estão relacionados as atividades exercidas pelos setores que podem contribuir para melhores resultados no atendimento, a exemplo estão os fluxos, protocolos; as pessoas remetem a equipe de profissionais e está correlacionado a aspectos de gestão com liderança, proatividade. Pode-se observar na figura abaixo o triângulo da percepção do cliente.

Figura 4 – Triângulo da percepção do cliente na hotelaria hospitalar.



Fonte: Elaboração própria com base em Boeger (2011).

Nessa perspectiva quando os serviços hoteleiros são implantados nos hospitais, as ações de hospitalidade vão ser refletidas nas percepções dos clientes durante todos os momentos dentro da instituição. Ressaltasse também

que os hospitais que implantam a hotelaria hospitalar devem ficar atentos as adequações quanto estrutura física. Segundo Boeger (2003):

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. (BOEGER, 2003, p. 29).

Com a adaptação de algumas áreas do hospital transmitindo para o cliente descanso e relaxamento, proporciona além de bem-estar outra imagem além da “cara de hospital” onde se tem a correria de médicos e pacientes aguardando para serem atendidos.

Nesse sentido segundo Caldas (1998) o hospital deve garantir “além de proteção, desenvolvimento, estimulação e satisfação para promover o bem-estar. sendo a adaptação do ambiente parte integrada dos cuidados de cada pessoa”. Percebe-se que a estrutura de um hospital tem como foco o tratamento de doentes. Dessa forma segundo Marques e Pinheiro (2009), o cliente de hoje não quer perder o contato com o mundo externo, ele busca por uma estrutura diferente daquela tradicional de hospital, desejando um local o mais parecido possível com um hotel ou com a sua própria casa.

Contudo ressalta-se que um atendimento sem falhas, uma boa hospitalidade, melhoria nos serviços, acolhimento e uma perfeita relação entre profissionais e clientes são premissas básicas que devem ser observadas por gestores de instituições de saúde.

Observa-se também que a hotelaria hospitalar sempre busca inserir a hospitalidade atrelada aos seus serviços, uma vez que o presente setor sofreu grandes impactos em seus serviços considerando aspectos tangíveis e intangíveis durante a pandemia do COVID-19. Nesse sentido Godoy (2004), afirma que por mais estranho que pareça, a hospitalidade é essencial dentro do ambiente hospitalar, pois vai estar vinculada durante todo o processo de internação à melhora do paciente.

3. SERVIÇO E HOSPITALIDADE

O presente capítulo, inicialmente irá mostrar algumas abordagens trazendo reflexões de importantes autores no que se refere a serviços, com conceitos relevantes a respeito da relação entre clientes e processos uma vez que ambos possuem relação com as organizações e são importantes para os

resultados da mesma. Em seguida trata conceitos e discursões a respeito da hospitalidade considerando que a mesma faz parte da política de atendimento em instituições de saúde e contribuem para minimizar os impactos da internação e o dia-a-dia do hospital.

3.1 Serviços

Percebe-se que o setor de serviço vem ganhando destaque e sua importância na economia vem crescendo nos países, uma vez que o mesmo faz parte do setor econômico, nessa perspectiva Lovelock e Wright (2006) afirmam:

Os serviços constituem o grosso da economia de hoje, não só no Brasil, onde respondem por 56.7% do produto Interno Bruto (PIB), mas também no mundo. Nos Estados Unidos e no Canadá, respondem respectivamente por 75,2% e 73,4% do Produto Nacional Bruto (PNB). Em 2020, 64% da riqueza mundial foram gerados pelas instituições financeiras operadoras de telefonia, provedores de internet e todas as formas de comércio, entre outras atividades que fazem parte da categoria de serviços. O setor de serviços corresponde pela maior parte do crescimento dos novos empregos – no Brasil, são de 34 milhões de pessoas empregadas. (LOVELOCK e WRIGHT, 2006, p.5).

Onde observa-se que o crescimento do setor de serviço está diretamente ligado na geração de empregos, segundo Dias *et al* (2003), em São Paulo, por exemplo, 52% dos empregados no setor formal da economia estavam alocados no setor de serviços em 2003.

Hoje os serviços vêm se transformando e trazendo lucratividade para a economia proporcionando um ambiente estável financeiramente. Nessa perspectiva Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014, p.15), afirmam que:

É imperativo reconhecer que os serviços não são atividades meramente periféricas, mas parte integrante da sociedade; estão presentes no cerne da economia e são fundamentais para que ela se mantenha e mantenha sadia e funcional.

Ou seja, os serviços de forma geral são fundamentais para toda atividade econômica na sociedade, pois os mesmos afetam diretamente a economia e é ideal que ambos estejam em conformidade. No quadro a seguir pode-se observar de forma detalhada os tipos de serviços e suas variações.

Quadro 9 – Papel dos serviços na economia.

Serviços financeiros	Serviços comerciais
Financiamentos Leasing Seguros	Atacado Varejo Manutenção
Serviços internos da empresa	Serviços prestado pelo governo
Finanças Contabilidade Jurídico P&D e design	Militares Educaçãois Jurídicos Polícia e corpo de bombeiros
Serviços de apoio aos negócios	Serviços pessoais
Consultoria Auditoria Propaganda Recolhimento de lixo	Saúde Restaurantes Hotéis
Serviços de infraestrutura	Consumidor
Comunicações Transporte Utilidade pública Serviços bancários	(autoatendimento)

Fonte: Formulação própria, adaptado de Fitzsimmons; Fitzsimmons (2014), segundo Bruse R. Guile and James Brian Quinn, eds., *Technology in Services: Policies for Growth, Trade and Employment*, Washington, D.C.:National Academy Press, 1988, p.214.

No quadro acima, fica evidente que cada tipo de serviço possui sua subdivisão e seu papel dentro da sociedade, e que se não tiver em conformidade irá afetar a economia e conseqüentemente o mercado.

O conceito de serviços vem se diversificando com o passar dos tempos, onde nos mesmos sempre vão ter em comum o tema da intangibilidade e o consumo. Nessa mesma perspectiva Dias (2003), afirma que serviço é um “produto intangível, podendo ser entendido como uma ação ou um desempenho que cria valor por meio de uma mudança desejada no cliente ou em seu benefício. Ainda sobre conceitos de serviços Gronroos (2004, p. 36) conceitua serviços como:

Uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas de fornecedor de serviços – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) o cliente(s). (GRONROOS, 2004, p. 34).

Ou seja, além da intangibilidade presente nos conceitos, os mesmos também nos remetem a pensar nas organizações, no relacionamento interagindo de forma mais ampla com o cliente e fornecedores e na melhor prestação de serviço seja ele qual for proporcionando satisfação.

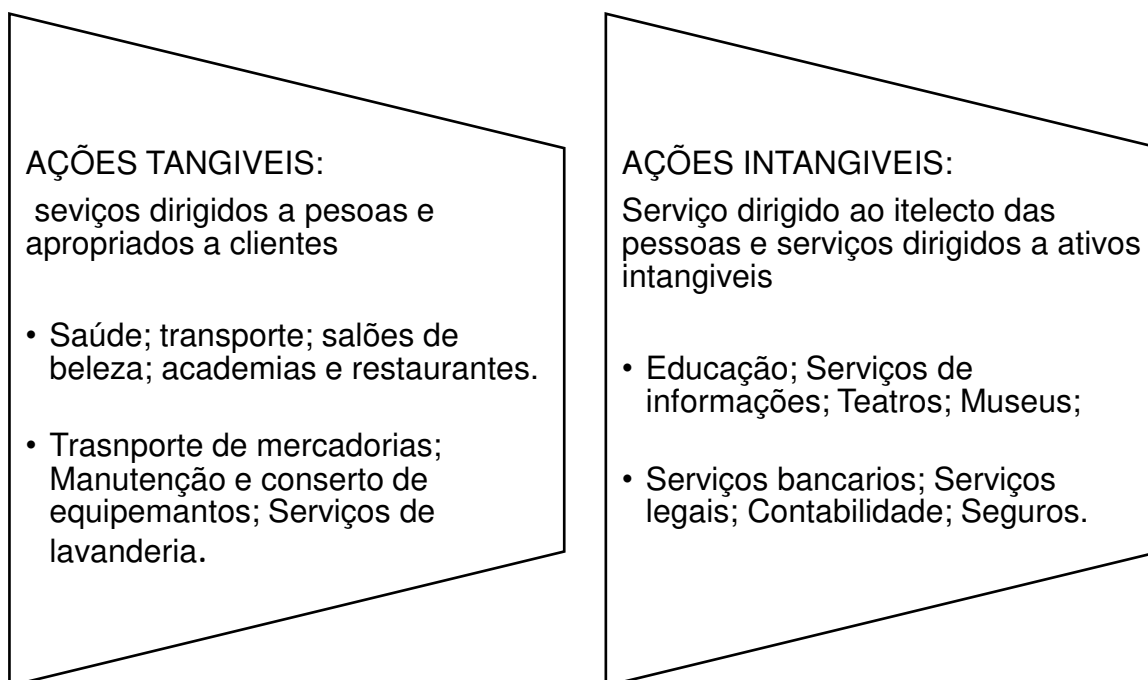
Nesse contexto pode-se citar a diferença entre bem “produto” e serviço. Segundo Urdan; Urdan (2006), produto vem ser um objeto concreto que satisfaz as necessidades e desejos dos consumidores. Já a característica peculiar dos serviços vem ser o que os torna incapazes de serem tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos. (HOFFMAN; BATESON, 2003, p. 29).

Ainda sobre as diferenças entre produto e serviço é importante ressaltar que:

É difícil determinar a diferença entre os mesmos, pois a compra de um produto é acompanhada de algum serviço de apoio como por exemplo pode-se citar a instalação. E a compra de um serviço muitas vezes inclui bens facilitadores como exemplo pode-se citar a comida em um restaurante. Cada compra inclui um conjunto de bens e serviços. (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014, p. 17).

Ou seja, nem sempre vai haver essas distinções quando se trata de produtos e serviços, pois muitos deles acabam que dependem um do outro para que se finalize a etapa ou uma parte do processo. Vale ressaltar também que os serviços possuem naturezas distintas, segundo Godoy (2004), a natureza do ato do serviço se desdobra em tangíveis e intangíveis. Onde pode ser analisado na figura a seguir:

Figura 5 – Natureza dos serviços.



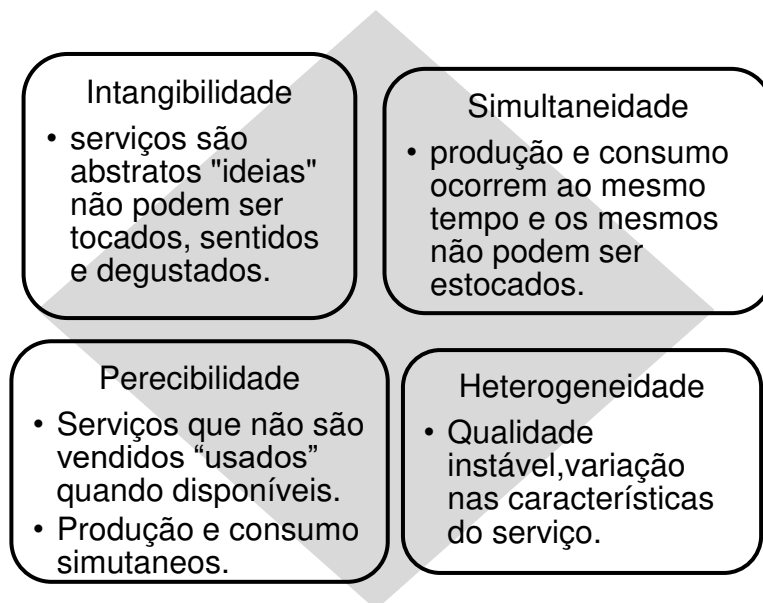
Fonte: Formulação própria, com base em Godoy (2004)

Como visto na figura acima, ambas as naturezas tangível e intangível irão suprir as necessidades dos clientes seja envolvendo algo físico ou não, os mesmos também podem afetar a qualidade do produto final de um serviço o que varia de pessoa para pessoa.

Nesse contexto é importante ressaltar as características dos serviços que se subdividem em: intangibilidade, simultaneidade, heterogeneidade e perecibilidade. (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014).

A junção dessas características pode complementar a experiência do cliente e incluir o mesmo participante de todo o processo de serviço, que as vezes vão muito além de uma estrutura física organizada. Na figura a seguir pode-se observar detalhadamente as características dos serviços.

Figura 6 – Características dos serviços.



Fonte: Formulação própria, com base em Fitzsimmons; Fitzsimmons, (2014, p 19-20) e Las Casas (2004, p 24-25).

Dentre as características apresentadas na figura acima, percebe-se que a intangibilidade será sempre a base pois, além de estar presente nos conceitos de serviços está interligada no mesmo. Ambas as características também irão interferir na qualidade do serviço escolhido pelo cliente, podendo ou não satisfazer as necessidades e transmitir possibilidade que se encaixaram na rotina e comportamentos das mesmas.

Ainda sobre a perspectiva da intangibilidade dos serviços, vale ressaltar que alguns empreendimentos juntamente com gestores encontram barreiras quando se trata em descrever seu produto como um todo. Nesse contexto Fitzsimmons e Fitzsimmons, (2014), destaca que essa dificuldade em descrever os produtos se deve em parte a natureza intangível dos serviços, e que também é a presença do cliente no processo que cria uma preocupação com a experiência total do serviço.

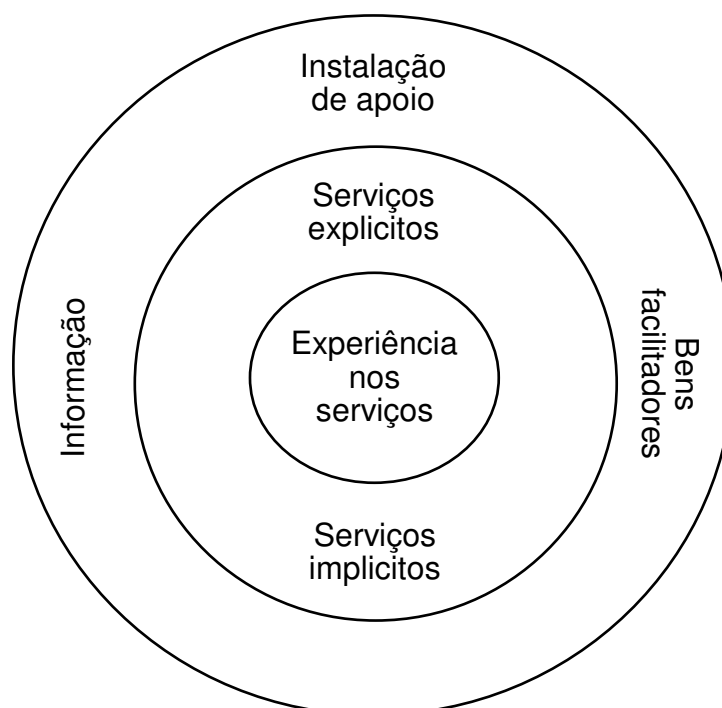
Ou seja, para o cliente na maioria das vezes não é só o produto ou simplesmente um serviço que são levados em consideração, o ambiente acaba fazendo parte de toda a experiência do mesmo, favorecendo assim o pacote de serviço como todo. Os mesmos autores também destacam que os pacotes de serviços são definidos como um conjunto de mercadorias e serviços oferecido em um ambiente e que os mesmos possuem cinco características. Onde pode

ser analisado na figura a baixo. Onde cada elemento representa um recurso ou benéfico para o cliente.

Onde cada representação gráfica segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014), se assemelha a uma cebola, cujo o núcleo é a experiência. O autor ainda destaca que cada elemento é transmitido para o cliente e é o que transforma a base da percepção do mesmo sobre o serviço que está sendo oferecido. Ou seja, para que a experiência seja sentida pelo cliente, é necessário que todos esses elementos estejam em harmonia.

E uma vez que acontece alguma quebra em uma dessas características todo o pacote de serviço vai ser prejudicado e o cliente não irá finalizar sua experiência em relação ao serviço, pois cada elemento desse tem suas especialidades que vai gerar valor ao cliente.

Figura 7 – Pacote de serviços



Fonte: Formulação própria, adaptado de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014, p 23-24).

Como se pode observar na figura acima cada característica acaba que interliga outra e a experiência no serviço é o núcleo do mesmo.

As instalações de apoio se caracterizam como recursos físicos necessários para oferecer um serviço exemplos: campos de golfe, estações de esqui, hospitais e aviões; os bens facilitadores vem ser o

material adquirido ou consumido pelo comprador, ou os itens fornecidos pelo cliente exemplo: cursos de golfe, esqui, itens de alimentação, substituição de autopeças, documentos legais e suprimentos médicos; a Informação vem ser a que é disponibilizada pelo cliente ou pelo fornecedor exemplo: prontuários médicos eletrônicos, informações de assentos em sites de companhias; Serviços explícitos são os benefícios prontamente percebidos pelo cliente, as características essenciais ou intrínsecas de um serviço exemplo: a ausência de dor após a restauração de um dente; Serviços implícitos que são os benefícios psicológicos sentidos apenas vagamente pelo cliente, as características extrínsecas dos serviços, exemplo: saber que está sendo atendido por profissionais formados em universidades de prestígio nacional. (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS ,2014, p. 22).

Todas essas características junto com seus elementos, são refletidas por clientes e os mesmos formulam suas próprias experiências em relação ao serviço. Cabe cada organização oferecer ao seu cliente qualidade para que os mesmos supram suas necessidade e desejos referente ao pacote de serviço adquirido.

Levando em consideração as necessidades e satisfação do cliente, é importante ressaltar que a qualidade no serviço é realizada durante a prestação de serviço, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014), afirmam que a qualidade no serviço vem ser um tema complexo e sua definição está presente em cinco dimensões que são utilizadas como critério para avaliar a qualidade. As mesmas podem ser observadas abaixo:

Figura 8 – Dimensões para avaliar a qualidade



Fonte: Formulação própria, com base em Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014, p 116-117).

Conforme a figura a cima fica evidente que essas dimensões podem contribuir na experiência do cliente, pois quando os mesmo excedem suas expectativas demonstram satisfação positiva.

Nesse sentido vale ressaltar que as organizações podem ser classificadas como prestadoras de serviços. Segundo Kotler e Keller (2006) são: as empresas do setor hoteleiro, hospitais, alimentação. Dessa forma Kahtalian (2002), também afirma que os “serviços são desempenhados no espaço que geram valor para o cliente por meio de uma transformação, uma experiência de serviço”. Ambas as instituições mediante a prestação de serviço ao cliente contribue para experiência do mesmo, ou seja a satisfação acaba sendo o fruto das expectativas e da qualidade recebida pelo cliente.

Lima (2006), por sua vez resalta que no mercado de serviços, portanto, a percepção da qualidade vem ser influenciada pela experiência, um atributo que só pode ser avaliado depois do serviço realizado. Onde se destaca dessa forma de qualidade o marketing de serviços. Nesse sentido Muniz (2018, p. 47) apud Lovelock (2006) afirma:

Marketing de serviços é definido como o conjunto de atividades que obtivam o planejamento, a análise, o controle de programas destinados a prestação de serviços de forma adequada, suprimindo as necessidades e/ou desejos dos consumidores, com qualidade, atentando as suas expectativas.

Nessa perspectiva, resalta-se que o marketing de serviços vem ser uma ponte entre a construção do relacionamento entre clientes e a prestação de serviço. Nesse sentido Moretti *et al.* (2013) descreve que “à medida que as expectativas dos clientes são atendidas com serviços adequados, a qualidade se torna evidente e o conceito de satisfação cresce entre os consumidores”. Ainda segundo o mesmo as expectativas são ideias que criam um padrão de referência para o julgamento do consumidor. Dessa forma é importante agregar a hospitalidade na perspectiva dos serviços, pois este corrobora com a relação entre clientes e prestadores de serviços, seja para um ambiente mais acolhedor ou ate mesmo mais qualidade no atendimento. Pois os mesmo contribuem na experiência e expectativa dos clientes.

3.2 Hospitalidade

A hospitalidade é conceituada em várias vertentes, pode ser definida como sendo um modo de encontro interpessoal marcado pela atitude e acolhida em relação ao outro (GOTMAN, 2001, p. 66); pode ser fundamentalmente, o relacionamento entre o anfitrião e o hospede (LASHLEY, 2004, p.21); um ato humano, exercido nos três espaços: doméstico, público ou profissional, nos atos de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter pessoas temporariamente deslocadas de seu habitat (CAMARGO,2004).

A hospitalidade se remete a antigas virtudes que foram registradas em diferentes ordens cronológicas. Segundo Montandon (2011), está igualmente presente por toda parte a ponto de passar por um instinto natural e de se tornar às vezes caráter nacional de um povo.

Na perspectiva da hospitalidade como dádiva Camargo (2008) ressalta que a mesma se relaciona em três reflexões: a filosófica; socioantropológica e comercial. Segundo o mesmo autor, no quadro abaixo estão os principais propulsores da reflexão filosófica sobre a hospitalidade.

Quadro 10 – Reflexão filosófica da hospitalidade.

Kant (2006)	Com seus fundamentos sobre conversação
Emmanuel Levinas (1996)	Pois o mesmo foi inspirador de Derrida
Levinas (1906-1995)	Por conceber a filosofia do outro e inspirou-se na filosofia do ser de Heidegger que corrobora com a filosofia humanista da Idade Moderna, que desde os tempos de Descartes, colocou o Eu no centro da filosofia (“penso, logo existo”)
Derrida (1999)	Com seus fundamentos sobre a hospitalidade incondicional
Derrida; Dufourmantelle (1997) René Scherer (1993)	Por reintroduzir a hospitalidade a hospitalidade na França segundo Montandon (2011).
Massignon (1987)	E suas reflexões sobre a hospitalidade sagrada juntamente com seus amigos Buber (1979) e Jabés (1991).

Fonte: Formulação própria adaptado de Camargo (2008, p. 25-26).

Em relação as reflexões socioantropológicas da hospitalidade Camargo (2008), afirma que a mesma teve diferentes estudos sociológicos e antropológicos, dentre os principais inspiradores estão: Viard (2003) e Roché (2000) com seus estudos sobre a hospitalidade no vícios público.

Pode-se afirmar que essa reflexão segundo Bezerra (2017), faz parte da vertente da escola francesa que é batizada pela matriz maussiana do dar-receber-retribuir. Que são considerados importantes estudos e pesquisas na perspectiva dos conceitos teóricos de Marcel Mauss⁶ sobre a hospitalidade enquanto manifestação ou parte da dádiva, pois o mesmo consolidar e fortalece bases para a compreensão das possíveis relações de hospitalidade com sua obra clássica “Ensaio sobre a dádiva e o dom”.

Segundo Camargo (2008) existem três frentes de estudos sobre a as reflexões socioantropológicas:

O grupo reunido por Alain Caillé em torno da *Revue du M.A.U.S.S (Mouvement Anti- Utilitaire des Sciences Sociales)* que busca recolocar o paradigma maussiano no centro da análise sociológica, abrigando estudos sobre a hospitalidade. O grupo reunido por Alain Montandon no Centre de Recherches sur les Litteratures Modernes et Contemporaines-CRLMC que, como o próprio nome sugere estuda as interações hospitaleiras na literatura. O grupo reunido por Anne Gotman em número especial da revista *Communications* (1997) abordando diferentes dimensões da hospitalidade contemporânea, (na cidade, na arquitetura, no hospital, etc.). (CAMARGO, 2008, p.13).

Dentre os pesquisadores, estudos e suas pesquisas citadas a cima vale ressaltar que ambas oferecem um amplo painel de temas sobre a hospitalidade. Nessa mesma linha pode-se citar também Montandon (2004) devido seus vastos trabalhos em relação ao tema.

Na concepção de Mauss sobre a dádiva e sua circulação, vale ressaltar que a mesma era muito, mas vasta do que simplesmente uma troca de presentes. Compreendia um número ininterrupto de prestação e

⁶ Marcel Mauss, antropólogo francês, autor do artigo Ensaio sobre o dom. Forma e razão das trocas nas sociedades arcaicas (*Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés Archaïques*) publicado pela 1ª vez em 1924 originalmente no *Année Sociologique*, second série, T.I, 1923-1924.

contraprestações presente na vida social, levando em consideração as relações que compreendem as constantes dar e receber assim como retribuir, onde suas particularidades se encontram nos diferentes tempos e lugares.

Para Caillé (2002, p. 21), dádiva é “toda prestação de serviços ou bens efetuados sem garantia de retribuição com o intuito de criar, manter ou reconstituir o vínculo social”. Nessa mesma perspectiva Mauss (apud LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 34), afirma que: “pode-se provar que nas coisas trocadas... há uma virtude que força as dádivas a circularem, a serem dadas e redistribuídas”. “Não há outra moral, nem outra economia, nem outras práticas sociais, além destas” (MAUSS, 1974, p. 183-184).

Ou seja, na maioria das vezes essas trocas de bens não são apenas objetos físicos, mas também dignidades, cargos, privilégios, cujo papel sociológico é o mesmo. E, portanto, a dádiva e sua circulação vem ser algo muito, mas além do que uma simples troca. A partir do momento que chega alguém em nossa casa com convite ou não e oferecemos abrigo e algum alimento a dádiva se torna explícita na perspectiva do dar, receber e retribuir.

Segundo o Carmago (2008), a dádiva só poderia ser encontrada em lugares onde acontece o que é chamado de hospitalidade pura, ou seja, aquela oriunda da doação diferente de encenação ou aparências. A prática de hospitalidade faz parte de um processo obrigatório e não de uma prática proveito das relações.

“O contato humano não se estabelece como uma troca [...] Começa com uma dádiva que parte de alguém para alguém. A retribuição é uma nova dádiva que implica um novo receber e retribuir, gerando dons e contra dons, num processo sem fim”. (CAMARGO, 2004, p. 16).

Nesse contexto o mesmo autor vem afirmar que a hospitalidade vem ser, portanto, uma prática social daquilo originalmente intangível e não mensurável, que está presente em diferentes dimensões da sociedade.

Camargo (2008) também vem afirmar que Mauss se reporta de um outro modelo de troca humana, ancestral ao comércio, baseada não num contrato, finito, mas num encadeamento de dádivas e contradádivas. Segundo ainda ele no sistema de dádiva:

A troca não é equilibrada como no sistema comercial, que vem se tornando a tônica das trocas humanas depois do século XVI. Mas, contrariamente à troca comercial, saldada pelo pagamento (o que é

combinado não é caro) o sistema da dádiva é infinito, nunca equilibrado, cada protagonista sendo sucessivamente preso à troca pela dádiva que recebeu, alternando assimetrias. (CAMARGO, 2008, p. 10).

Na perspectiva da reflexão comercial, é interessante afirmar que vários estudiosos que contribuem para os estudos da hospitalidade, tentam quebrar paradigmas no que se refere aos estudos maussiano da dádiva em contra partida questões monetárias e a modernidade.

Conforme Bezerra (2017), pode-se afirmar que essa reflexão faz parte da vertente da escola norte-americana, e que essa escola se difere da matriz maussiana, pois reporta-se as atividades comerciais (baseadas na troca monetária), relacionada ao ato receber, hospedar, alimentar e entreter. Que na sociedade contemporânea está associado ao fenômeno turístico. Bezerra (2017).

É interessante afirmar que existem questões semânticas em relação ao termo hospitalidade segundo Camargo (2008) nos EUA, o termo hospitalidade é apenas um sinônimo de hotelaria (mais recentemente surgiu também o termo *lodging industry*). Nesse aspecto Gotman (2008), afirma que surgiu o primeiro estudo antropológico sobre o turismo lastreado no sistema da dádiva, quando o turismo se a dívida e as obrigações contratadas pelo turista, após ter sido admitido numa comunidade.

Ainda sobre o véis semântico dos termos Bezerra (2017) afirma que:

Nos países anglo-saxões, o mesmo vocábulo designa as atividades relacionadas à hotelaria (*hospitality*); porém as diferenças entre hotelaria e hospitalidade estão no cerne ou no foco dos estudos. Talvez se derive daí a discussão, no meio acadêmico, sobre a designação dos cursos de turismo e hotelaria, turismo e hospitalidade, ou simplesmente este ou aquele. (BEZERRA, 2017, p. 336).

Contudo em relação as nomenclaturas de hospitalidade, carregam consigo vários paradoxos que são estudados para tentar resgatar um conceito digno e com maior clareza. E seu uso segundo Camargo (2008) com os longos passar dos tempos acostumamo-nos a utilizá-lo banalmente a ponto de o seu poder de busca nos ser de difícil apreensão.

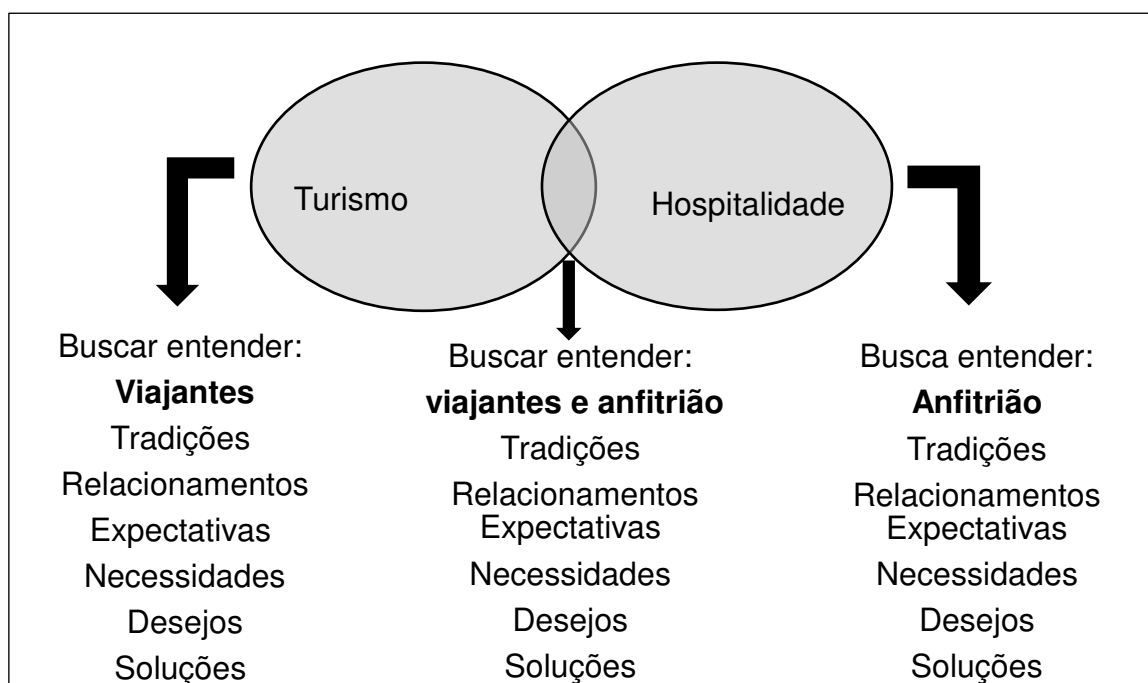
Sobre o conceito da hospitalidade nessa modalidade vale a pena ressaltar que segundo Quadros (2011), em relação ao do acolhimento de viajantes, o

conceito mais amplamente difundido pela indústria do turismo é o modelo de hospitalidade abarcando hotelaria e catering⁷.

Existe também discursões a respeito da relação entre a hotelaria e turismo sobre a perspectiva da hospitalidade visto que muitos consideram ambos uma atividade comercial que estão diretamente ligados com os turistas, suas necessidades, desejos e expectativas.

Segundo Wada (2003, p. 66) Turismo e hospitalidade não são antagônicos e precisam se complementar, e é na interseção entre turismo e hospitalidade que ambas as áreas são beneficiadas. Como demonstra a figura a seguir:

Figura 9 – Interseção entre turismo e hospitalidade.



Fonte: Adaptado de Wada (2003, p. 66).

Partindo desse pressuposto, pode-se observar que dentre os mesmos sempre vai estar presente a relação entre pessoas em diferentes espaços, onde sempre vai existir uma relação de troca que vai partir de uma pessoa para pessoas. Segundo Camargo (2011), a hospitalidade comercial vem se desenvolver no contexto moderno em contra partida do capitalismo nos primeiros

⁷ Fornecimento de refeições

comércios, o deslocamento de pessoas sobre a perspectiva do anfitrião e do hospede.

Entre as possíveis diferenciações das formas da hospitalidade Camargo (2003), descreve a hospitalidade sobre dois eixos: o primeiro é cultural onde se encontra as ações de hospedar, recepcionar, entreter e alimentar e o segundo o social que compreende as relações sociais nas categorias: domésticas, pública, comercial e virtual.

No quadro a seguir é possível observar de forma detalhada os tempos e espaços da hospitalidade:

Quadro 11 – Tempos e Espaços da Hospitalidade.

Tempos Social/Cultural		Recepcionar	Hospedar	Alimentar	Entreter
Espaços	Doméstico	Receber pessoas em casa, de forma intencional e casual	Fornecer abrigo para as pessoas	Receber em casa para refeições e banquetes	Receber para recepções e festas
	Público	Recepção em espaços públicos de livre acesso.	hospedagem proporcionada pela cidade e pelo país	Gastronomia local	Espaços públicos de lazer e eventos
	Comercial	Os serviços profissionais de recepção.	Hotéis, hospitais e casas de saúde. Presídios	Restauração	Eventos e espetáculos. Espaços privados de lazer
	Virtual	A net-etiqueta do enviar e receber mensagens por meios eletrônicos	Sites e hospedagens de site	Gastronomia eletrônica	Jogos e entretenimentos

Fonte: adaptado de Camargo (2003, p. 19)

Conforme o quadro a cima, pode-se observar a categoria da hospitalidade referente aos aspectos culturais recepcionar e hospedar, que vem se caracterizar como acolhimento do ser humano e vem ser a forma mais significativa da hospitalidade. O ato de alimentar também vem representar a hospitalidade quando oferecemos o alimento ou até mesmo um copo de água.

O ato de entreter também não pode ser deixado de lado, uma vez que as pessoas são raptadas de seus pensamentos e são capazes de vivenciar momentos que são propiciados mesmo que de maneira bem rápida.

Segundo Cavenaghi (2016) os aspectos culturais e suas ações quando vistos na sociedade ocidental contemporânea: traduz valores mensuráveis e passíveis de tangibilidade ao se buscar, na hospitalidade, mecanismos de perpetuação do capital. Aqui o objeto e sua caracterização, passa a representar um determinado “valor”.

No quadro acima, também é possível analisar a hospitalidade na categoria social, no âmbito doméstico pode-se observar um ato hospitalidade peculiar pois, percebemos pessoas que as vezes simplesmente chega sem avisar, no viés público pode-se observar a hospitalidade ligada aos espaços e entretenimentos uma vez que nos espaços urbanos são oferecidos e montados ambientes para lazer.

Na perspectiva comercial pode-se observar a relações empresárias abrangendo as relações de hospitalidade dos serviços de hospedagens e restauração. E no contexto da hospitalidade virtual estão as relações de dar, retribui e receber através de meios eletrônicos, mensagens e ou sistemas.

Ainda sobre as diferenciações de hospitalidade, tanto Godbout (1999) quanto Lashley e Morrison (2004) as classificam em três domínios: privado “doméstico”; social e comercial. Contudo Lashley e Morrison (2004) tiveram contribuições importantes, segundo eles:

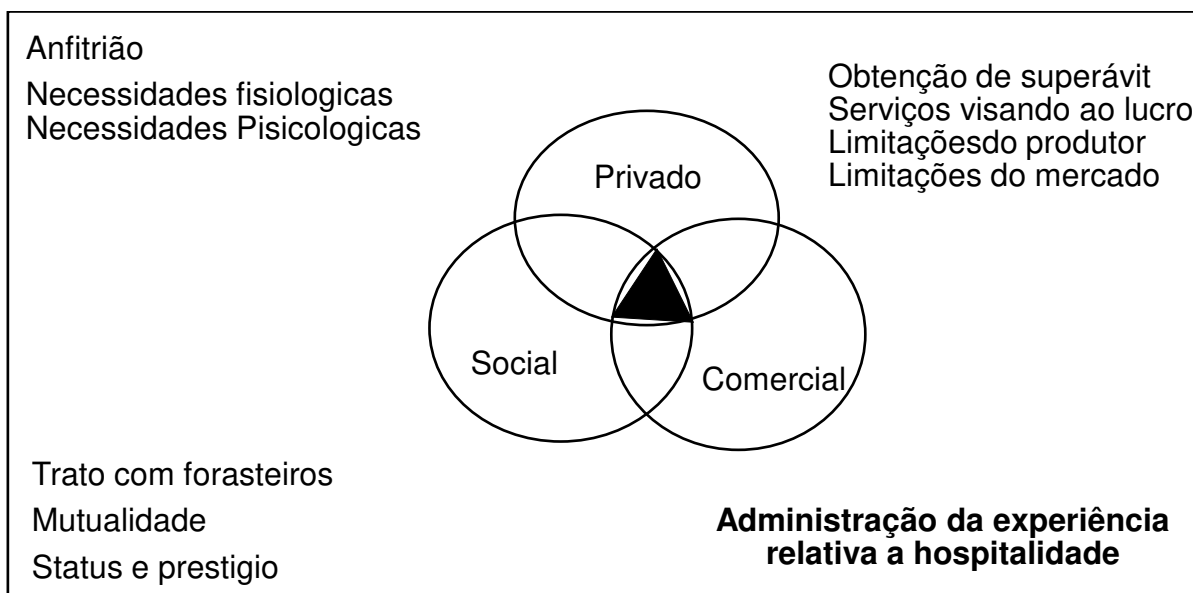
O entendimento mais amplo a respeito da hospitalidade sugere, em primeiro lugar, que esta é, fundamentalmente, o relacionamento construído entre anfitrião e hospede. Para ser eficaz, é preciso que o hóspede sinta que o anfitrião está sendo hospitaleiro por sentimentos de generosidade, pelo desejo de agradar e por ver a ele, hóspede, enquanto indivíduo. (LASHLEY; MORRISON, 2004, p. 21).

Ou seja, assim como (Camargo 2011), a perspectiva de hospitalidade comercial de Lashley e Morrison (2004), vai se basear sempre na relação do hospede e do anfitrião. Os mesmos autores trazem reflexões sobre questões das atividades turísticas sob a perspectiva da hospitalidade e classificaram a mesma em três domínios: privado; social e comercial. Logo ainda segundo eles a junção desses três domínios pode-se identificar administração da experiência relativa à hospitalidade. Segundo os mesmos:

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, assim como leva em consideração o impacto do relacionamento entre anfitrião e hóspede. O domínio comercial diz respeito à oferta de hospitalidade enquanto atividade econômica e inclui as atividades dos setores tanto privado quanto público. (LASHLEY e MORRISON, 2004, p. 5-6)

Os presentes domínios e sua forma de hospitalidade podem ser observados na figura a seguir:

Figura 10 – Atividades relacionadas com a hospitalidade



Fonte: Adaptado de Lashley (2004, p.9)

Conforme visto na figura acima, a administração da experiência relativa da hospitalidade se concretiza com a junção dos três domínios e pode ser uma ferramenta de estratégia para as organizações. No domínio privado é enfatizado as relações de hospitalidade sobre a ótica do anfitrião e hospede nos espaços domésticos, segundo Quadros (2011), a família (núcleo básico da sociedade) insere o indivíduo em normas, regras, rituais e costumes que acabam definindo o cenário de hospitalidade no contexto social.

No viés social observe-se uma hospitalidade impactada no que se refere ao contexto social com seus ritos e significados em contra partida a produção e

o consumo de alimentos, para que haja hospitalidade neste contexto é fundamental a presença de alimento (refeições) como motivador da interação social, um catalisador para o estreitamento de laços (ACHERBERG, 1986, p. 87).

E por fim o domínio comercial, onde se tem uma hospitalidade ligada a questões monetárias nas atividades econômicas nos setores públicos e privados. Esse domínio de hospitalidade depende da reciprocidade com base na troca monetária e de limites da concessão de satisfação ao hóspede Lashley (2004).

Na concepção de Lashley (2004), Quadros (2011), vem afirmar que essa reciprocidade tem suas características reduzidas nesse domínio (comercial) de hospitalidade, uma vez que o contexto de troca se manifesta na satisfação pelos serviços comprados.

Pode-se dizer assim que as práticas comerciais focam no produto segundo o que as organizações exigem e na grande maioria das vezes nos deparamos com empresas e colaboradores alinhados, mas na verdade não passam entre ambos aspectos de hospitalidade. Ainda sobre os domínios Lockwood e Jones (2004, p. 228). Afirmam que as características dos domínios social e comercial da hospitalidade se diverge, as mesmas podem ser analisadas no quadro abaixo:

Quadro 12 – Modelo comparativo entre as características dos domínios social e comercial da hospitalidade.

Hospitalidade Social	Hospitalidade Comercial
Movida pela oferta	Movida pela demanda
Ocasional	Permanente
Pequena escala	Grande escala
Alto-administrada	Administrada por terceiros (colaboradores)
Instalações não-dedicadas	Instalações dedicadas
Experiência única	Experiência repetível
Atividade personalizada	Padronizada
Experiência social	Experiência de serviço
Não visa lucro	Visa lucro

Fonte: Lockwood e Jones (2004, p. 228).

No quadro acima, é possível observar que a hospitalidade social tem em foco a interação e experiência sempre fortalecendo vínculos a hospitalidade comercial sempre vai ter o viés da lucratividade através da satisfação de seus clientes/hospedes. Segundo Quadros (2011) a hospitalidade comercial está baseada na percepção do que significa excelência em serviço para o cliente e na motivação para a interação social e troca simbólica por parte do prestador de serviços.

Contudo, vale ressaltar a importância da hospitalidade no ambiente hospitalar, pois a mesma reduz o sofrimento de clientes. Nesse sentido Andrade (2011) afirma que:

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

Nesse sentido Gonçalves e Ferreira (2013), também vem afirmar que “a hospitalidade oferecida nos hospitais ou em outros estabelecimentos pode ser caracterizada como um serviço intangível capaz de tornar momentos de fragilidade do paciente em situações de tranquilidade e segurança”. Godoy (2008), também complementa que a hospitalidade pode reduzir sensivelmente o sofrimento de cliente de saúde, minimizando o sofrimento em momento de dor e fragilidade.

Percebe-se que a hospitalidade está ligada diretamente a hotelaria hospitalar e sua gestão como todo, pois a mesma acaba se moldando nas entrelinhas do bem-estar; do conforto; nos detalhes oferecidos pela estrutura física; nas atitudes fortes vindas dos colaboradores de forma espontânea na hora do atendimento ao cliente de saúde.

Aplicando a hospitalidade na gestão hoteleira em instituições de saúde, o acolhimento do cliente se torna mais agradável uma vez que o mesmo se encontra fragilizado, ansioso. Nesse sentido segundo Boeger (2012), a hospitalidade hospitalar mescla as ações humanizadas e de hospitalidade social com ações mercadológicas típicas da hospitalidade comercial.

4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

No presente capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos adotados para elaboração dessa pesquisa, junto com a análise e discussão dos resultados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, assim como a categorização dos hospitais privados constituindo assim o estudo de casos múltiplos.

O presente estudo se desdobra a partir da seguinte pergunta instigadora para sua elaboração: A abordagem aos pacientes da COVID-19 contempla ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais das redes privadas em São Luís do Maranhão?

Com o intuito de responder à questão, construiu-se um referencial teórico, elaborando-se uma pesquisa qualitativa. Nesse sentido Goldenberg (2004) diz que a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo estudado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social; organização; instituição; trajetória etc. Trata-se ainda de um estudo exploratório descritivo, onde o mesmo proporciona maior familiaridade com o problema, com objetivo de tornar mais explícito ou construir hipóteses incluindo levantamento bibliográfico e entrevistas. (GIL, 2002). O mesmo autor descreve que o estudo descritivo tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Para elaboração do referencial teórico, foram realizadas pesquisas em livros relacionados aos temas de hotelaria hospitalar, hospitalidade, serviços, pandemias. Utilizaram-se também artigos científicos disponíveis em plataformas acadêmicas a exemplo o banco de teses e dissertações da CAPES e o Google Acadêmico, além e dados extraídos de sites oficiais como, por exemplo, Organização mundial da saúde, Ministério da Saúde e o site das instituições estudadas.

4.1 Tipo da pesquisa

Para elaboração desse trabalho utilizou-se o estudo de casos múltiplos, “constitui-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa no campo das ciências humanas e sociais e teve seus procedimentos convencionados de forma adequada a partir da obra de Robert Yin nos anos de 1990 do século XX”.

(COSTA *et al*, 2013). O mesmo dispõe de mais de um caso e possui estudos robustos que envolvem recursos e tempos mais extensos. (YIN, 2010).

4.2 Instrumentos de coleta de dados

A presente pesquisa seguiu um roteiro de entrevista semiestruturadas, que segundo Trivinos (1987), tem como características questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Ainda segundo o mesmo autor a mesma favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador.

A opção pela realização da entrevista como instrumentos para coleta de dados desse trabalho se justifica pois com a mesma é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. Manzini (2003).

Foram adotados os seguintes procedimentos para as entrevistas: a elaboração do roteiro de entrevistas com perguntas pertinentes para a resolução do problema de pesquisa, contato com as instituições de saúde e execução da coleta de dados por meio de forma remota, através das ferramentas skype, whatsapp, google meet com gravação eletrônica, mediante as autorizações e assinaturas de cada entrevistado, conforme mostra o (APENDICE E; F; G).

Adiante, foram transcritas as entrevistas com o objetivo de analisar as respostas dos entrevistados escolhidos para elaboração da pesquisa. Conforme a caracterização dos mesmos, segundo o (APENDICE E; F; G).

4.3 Descrição e análise dos dados

O roteiro semiestruturado da entrevista foi elaborado pela junção de perguntas que propiciaram a análise das percepções dos profissionais entrevistados das instituições escolhidas para essa pesquisa a respeito das abordagens praticadas pelos hospitais aos pacientes da COVID-19.

As perguntas que formam o roteiro das entrevistas propiciaram ainda, a descrever a estrutura física e humana presentes nos hospitais das redes privadas, Identificação dos profissionais atuantes nas práticas assistências e de apoio junto aos pacientes de COVID-19; Verificação dos procedimentos de

acolhimento, hospedagem, alimentação e entretenimento voltado aos pacientes de COVID-19.

Durante as entrevistas, analisou-se o conceito de hospitalidade dos entrevistados mediante o conceito segundo Lashley; Camargo (2004), também foi apresentado o conceito hospitalidade segundo Gotman (2001), analisou-se conceitos de hotelaria hospitalar segundo Boeger (2011). Os entrevistados foram instigados sobre as possíveis ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19.

Para o desenvolvimento da análise dos dados seguiu-se o roteiro de organização da pesquisa, conforme Bardin (2010) que prevê que a mesma prevê três fases fundamentais seguindo os critérios de pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise considerou-se a organização do material com procedimentos definidos no referencial teórico. Procedendo a seguir na escolha e formulação das hipóteses e objetivos que orientam a interpretação das informações coletadas. A exploração do material originou-se por meio da atividade de decodificação, envolvendo materiais textuais de autores com temas relacionados ao desse estudo. O tratamento dos resultados concebeu-se em tabelar e transcrever os dados obtidos pelo estudo, evidenciando a análise através do referencial teórico resultando assim uma melhor interpretação para a discussão dos resultados.

4.4 Apresentação dos locais de estudos

Nessa parte da pesquisa, serão apresentadas as principais características de cada um dos hospitais escolhidos para a realização do estudo de casos, ressalta-se que os dados aqui evidenciados estão de acordo com as informações disponibilizadas em websites dos hospitais e nas entrevistas.

Vale ressaltar que os hospitais não serão identificados, evidencia-se que as informações obtidas do hospital C foram limitadas, as informações aqui apresentadas foram adquiridas durante a entrevista com a gestora do respectivo hospital conforme seu próprio conhecimento, tendo em vista que o hospital não dispõe de um site para que fosse possível coletar mais informações.

4.4.1 Hospital A

O hospital teve sua fundação em 28 de julho de 1989, inicialmente com apenas 30 funcionários e 17 leitos. Depois 30 anos o Hospital só se desenvolveu. ampliou sua estrutura física, aumentou o número de leitos de internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); implantou vários serviços e expandiu a estrutura de atendimento, contando com modernos Centro de Diagnóstico, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Centro de Cardiologia, Laboratório de Patologia, Radioterapia, Iodoterapia, Central de Infusão, Medicina Hiperbárica e outros.

O Hospital conta com mais de 3 mil colaboradores e seu corpo clínico é composto por mais de 500 médicos em 45 especialidades. Possui selos de qualidade de excelência nacional e internacional ONA (Organização Nacional de Acreditação) Níveis, I II e III e Qmentum - Nível Diamante.

4.4.2 Hospital B

O hospital faz parte de uma rede que surgiu em 1979, e teve sua ampliação em 1993 com o surgimento de outras unidades pelo Brasil, possui mais de 40 anos de história e uma estratégia focada na verticalização dos serviços médico-hospitalares e atende mais de 4 milhões de clientes em todo o território nacional. Posiciona-se como uma das maiores operadoras de saúde do Brasil.

Atualmente, possui em média 28 hospitais, 82 clínicas, 19 Prontos Atendimentos, 88 Centros de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial distribuídos nos 12 estados onde a operadora atua com rede própria.

4.4.3 Hospital C

A instituição é uma instituição privada, possui 67 anos e foi fundada por 2 médicos e atualmente as duas famílias desses fundadores são sócios, o mesmo possui 550 funcionários, 54 apartamentos e 14 leitos de UTI. Vem ser um dos hospitais privados mais antigos de São Luís.

Dentre os serviços oferecidos pela instituição estão: Urgência e emergência além de das especialidades como: Clínica Geral, Ortopedia, Cirurgias em geral.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo aborda a análise feita com bases nas entrevistas, apresentando a concepção dos entrevistados a respeito das ações de hospitalidade na visão do anfitrião e a prestação de serviços que foram oferecidos aos pacientes com COVID-19 nos hospitais escolhidos para o estudo de casos múltiplos.

5.1 Análise dos Conteúdos das Entrevistas

No decorrer da análise e discursão, os hospitais serão identificados em ordem alfabética, para uma melhor identificação dos entrevistados, utilizou-se para denomina-los termos de acordo com o seu cargo e siglas de acordo com a ordem alfabética dos respectivos hospitais onde atuam. Conforme exposto no quadro abaixo, junto aos detalhes das entrevistas:

Quadro 13 – Detalhes das entrevistas e de gestores dos setores responsáveis por atender pacientes com COVID-19.

Hospital	Entrevistado(a)	Sigla	Horário	Ferramenta/ Duração	Data
Hospital A	Gerente de Qualidade e Experiencia do Paciente	G.Q.E.P. H.A	18h	Skype 47:09	06/07/2020
Hospital B	Gerente de Hotelaria	G.H.H.B	10h:30	Google meet. 01:07:15	11/07/2020
Hospital C	Gerente de Enfermagem	G.E.H.C	10h:20	Whatzapp 28:35	13/07/2020

Fonte: pesquisa de campo julho/2020

5.1.1 Percepção da estrutura física e humana

Quando questionada sobre a quantidade de leitos já existentes e a quantidade de leitos que foram adaptados para os pacientes de COVID-19 a G.Q.E.P.H.A afirma que possuía em média trezentos e quatro ou trezentos e vinte quatro leitos e tiveram que adapta aproximadamente mais sessenta leitos chegando a ter trezentos e oitenta cinco leitos.

Já a G.H.H.B. afirma que antes da pandemia a instituição possuía dez leitos de terapia intensiva e dez leitos de internação. E durante a pandemia passou a ter vinte leitos de terapia intensiva e vinte de internação, sendo criado a mais dezesseis leitos. Segundo a G.E.H.C. quando questionada afirma que a instituição possuía quatorze de Unidade de Terapia intensiva e cinquenta e quatro apartamentos, com a ampliação somente da emergência.

Nós tínhamos em **média trezentos e quatro ou trezentos e vinte quatro leitos**, nós chegamos a trezentos e oitenta cinco leitos [...] Trezentos e oitenta e cinco menos trezentos e vinte mais ou menos, né então deixa eu ver a conta aqui.... aproximadamente pelo menos setenta leitos. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] porque eu tenho nas 100 enfermarias não posso conferir por apartamento. Tá, na UTI eu tinha 2 UTI'S funcionando COVID, hoje a gente só tem 1 graças a Deus não COVID, cada uma com 10 leitos. Então eu tinha 20 leitos de UTI para COVID específica, e Unidade de Internação...mais 20 leitos de internação, então no total 40 leitos, 20 de caráter intensiva e 20 de internação. [...] **a gente criou a mais, e de Terapia Intensiva foram 10 leitos, 10 leitos. No total 16.** (G.H.H.B. grifo nosso).

14 de UTI e 54 apartamentos [...] eram todos [...] a gente ampliou a emergência. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a adaptação e criação de novos espaços e salas a G.Q.E.P.H.A. afirma que houve uma reestruturação na instituição e a mesma foi dividida em dois hospitais. E para os colaboradores a mesma afirma que para cada andar e bloco possuía uma estrutura diferente de repouso, de estar, de copa.

Já a G.H.H.B. afirma que houve a realocação da emergência pediátrica para outro ambiente fora do hospital, para dar lugar a ala de emergência adulta. E para os colaboradores foi entregue um refeitório reformado junto ao novo vestiário. E a G.E.H.C. afirma que houve uma readequação de espaço para alimentação e repouso para os colaboradores durante a pandemia.

Na realidade nós dividimos o hospital em dois né, a gente tinha uma área que estava em construção uma área nova [...] **um hospital absolutamente separado para paciente COVID desde da emergência, radiologia, ressonância absolutamente separada, internação, UTI, centro cirúrgico.** E uma área do paciente não COVID não gripado, então a gente reestruturou toda instituição nós ficamos com dois hospitais sem nenhum contato físico entre essas áreas. [...] **para cada área, para cada área aberta, cada andar, cada bloco de leito, a gente tinha uma estrutura diferente de repouso, de estar, de copinha.** (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

nós tivemos que realocar alguns ambientes[...] eu tinha uma emergência adulto que ela era uma ala um lado adulto e eu tinha outra ala era pediatria [...] **teve que retirar essa nossa emergência pediátrica de dentro do hospital ali onde ele funciona e levar para outro ambiente** [...] então a gente montou todo uma emergência pediátrica em outro prédio em outro bairro [...] iai toda ala de emergência que era pediátrica e adulta dentro do hospital virou completamente adulta [...] **a gente estava com um processo de reforma do nosso refeitório que tinha um espaço bem menor e restrito né, já foi entregue** já faz um mês graças a Deus, iai eles conseguem ficar numa área confortável porque ele é todo climatizado, tudinho e é bem maior. E com um certo limite de distância e nossos é... **vestiários novos é eles também não tinham [...]** **porque assim, primeiramente aquele colaborador que estava com COVID ele entrava a... quero dizer que estava trabalhando em uma área COVID, ele vestia sua “roupazinha” privativa né, primeiro que é uma roupa que o hospital que trata a lavagem e tudo, e ele entrava na área.** Dessa área ele só saia no horário que finalizava seu plantão para ir para casa embora, então ele não pode sair dessa área por nada para circular no hospital para não ter contaminação cruzada. (G.H.H.B. grifo nosso).

Sim, foi feita uma **readequação de espaço para alimentação, para repouso** tudo por conta do... da questão da pandemia. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada em relação a presença dos acompanhantes e visitantes mediante a pandemia de COVID-19, a G.Q.E.P.H.A. afirma que no início das internações não houve a presença de acompanhantes mediante as recomendações da OMS. Já a G.H.H.B. afirma que durante a alta da pandemia, o paciente não entrava na emergência com acompanhante, no entanto no momento quando ele internava na Unidade de Internação, tinha a aparência do acompanhante. E por fim a G.E.H.C. quando questionada afirma que os visitantes e acompanhantes eram permitidos somente para pacientes gestantes e idosos com restrições.

Olha por **recomendação do próprio Ministério da saúde da OMS**, os inícios das internações nós vivemos uma coisa muito do passado que era **não ter acompanhantes**. Então para equipe foi muito ruim, porque era uma recomendação inicial. Como eu falei com a segurança do que a gente estava conhecendo foi que a gente foi remodelando[...] **hoje na nossa área COVID que ainda tem alguns remanescentes, a gente já tem acompanhantes, e mesmo no início da pandemia isso não foi possível.** (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso)

[...] então na entrada da emergência, agora que começou a flexibilização..., **mas durante o pico maior da pandemia, o paciente entra, ele não entra com acompanhante** né iai ele faz a assistência, porque a nossa espera da enfermagem ficava completamente lotada. [...] **então, a gente fazia acolhimento daquele paciente inicialmente né, que entrava ele entrava sem o seu acompanhante**, iai a equipe dava o feedback para os acompanhantes que estavam do lado de fora em uma outra área, se esse paciente ele interna né, esse paciente por exemplo é o paciente de COVID ele vai precisar ficar em observação,

se ele interna e vai para uma Unidade de Internação, um posto de internação é, **como a gente tem 2 perfis enfermagem e apartamento né, dentro do apartamento tem um quarto individual foi possibilitado o acompanhante permanecer junto com o paciente.** Claro, ele sabendo, ele assinava um termo, ele sabia dos riscos, ele tinha que cumprir com os protocolos, utilizar máscara e tudo. E uma vez que ele estava ali, ele não poderia trocar de acompanhante, ele não pode transitar por fora da área de isolamento. (G.H.H.B. grifo nosso).

A visita foi restrita **e acompanhante só para pacientes gestante, idosos ou com... com algum outro tipo de restrição.** Os outros não tinham acompanhantes e nem visitas (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre quais foram os serviços que foram prestados para os pacientes com COVID-19, acompanhantes e visitantes a G.Q.E.P.H.A. cita que dentre os serviços estão os assistenciais de atendimento de emergência, atendimento de internação clínica, atendimento de terapia intensiva, de centro cirúrgico, neurocirurgia, hemodinâmica. A mesma ainda destaca que os pacientes obtiveram todo suporte de farmácia e de atenção de enfermagem que esse doente precisou, como também foi oferecido para ele telemonitoramento pós-alta.

Já segundo a G.H.H.B. dentre os principais serviços oferecidos estão os assistenciais e atendimento de terapia intensiva. A G.E.H.C. quando questionada afirma que nós serviços prestados estava a assistência farmacológica, a assistência de terapia respiratória e motora. A mesma destacou que tiveram a atenção redobrada sobre os parâmetros em virtude da patologia, ressaltando também as questões psíquicas dos pacientes que ficou comprometida devido ao isolamento e medo da morte. Nesse sentido a mesma destaca ao entretenimento da TV que mostrava o número de óbitos o que causou distúrbio psíquico nos pacientes. Conforme podem ser observados nas falas abaixo:

[...] **foram serviços assistenciais de atendimento de emergência, atendimento de internação clínica, atendimento de terapia intensiva, de centro cirúrgico [...] neurocirurgia, hemodinâmica.** Então todo **suporte de farmácia** e todo suporte de atenção de enfermagem que esse doente precisou, ele teve acesso aí durante todo esse processo pandemia [...] como também foi oferecido para ele **telemonitoramento pós-alta**, esse paciente era acompanhado no seu pós-alta por telefone [...] ligação com 24 horas, 72 horas e agente encerravam com o paciente em melhora clínica depois de cinco dias. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

Foram vários serviços desde **assistenciais** a atendimento de **terapia intensiva.** (G.H.H.B. grifo nosso).

[...] os serviços prestados foram basicamente a **assistência** mesmo da parte **farmacológica** né, a **assistência de terapia respiratória e motora**, é a atenção que foi redobrada sobre os **parâmetros vitais** também né, devido a essa patologia e as questões psíquicas também que a agente percebeu que ouve uma **alteração psíquica muito grande nesses pacientes devido ao isolamento, devido ao medo da morte** [...] até o **entretenimento** desse paciente foi comprometido, porque ele estava com COVID, **ele ligava a TV** e só se falava de COVID, via todo dia a quantidade que estava aumentando que estava morrendo tudo. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a diferença entre os serviços prestados aos pacientes de COVID-19 em Unidades de intenções - UI e Unidade de terapia intensiva – UTI, a G.Q.E.P.H.A. comenta que teve diferença na prestação desses serviços pois, o paciente da UTI dispõe de uma equipe e recursos disponível a ele, já o paciente fora da UTI tem sua frequência monitoração de diferenciada e o recurso disponibilizados é conforme sua demanda. A G.H.H.B. por sua vez afirma que a diferença se teve somente na rigidez do cumprimento do protocolo, por serem protocolos de isolamentos específicos, já no o tratamento assistencial e de apoio ele permaneceram iguais. Segundo a G.E.H.C. a diferença se teve somente pelo atendimento relacionado pela gravidade do quadro do paciente. Conforme pode ser observado nas falas abaixo:

Sim, pelo próprio conceito dessas unidades a prestação de serviços é diferente, então o **doente que está na terapia intensiva [...] é um doente que vai ter uma assistência diferenciada, ele vai ter ai uma equipe muito mais disponível para ele [...]** O paciente que fica fora da Terapia Intensiva até a frequência de monitoração dele é diferente, então o recurso é disponibilizado conforme a demanda que o cliente precisa, a demanda do doente da UTI é diferente da demanda do doente de fora da UTI. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[..] a diferença que tem é somente na **rigidez do cumprimento do protocolo**, já que são os protocolos de isolamentos específicos, mas é... **o tratamento assistencial e de apoio ele permanece igual né**. a única diferença é que eu tenho que ser bastante rígida, bastante criteriosa nos protocolos de segurança tá. (G.H.H.B. grifo nosso).

Só de gravidade, **atendimento assim relacionado a gravidade...** da gravidade do quadro dele. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre as modificações levando em consideração os aspectos tangíveis e intangíveis relacionados a prestação dos serviços oferecidos aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes, a G.Q.E.P.H.A. cita em relação aos aspectos tangíveis os equipamentos de

proteção individual, a cor a velocidade da troca do enxoval, já nos aspectos intangíveis a mesma cita acordos com outras instituições para permanecer com o funcionário tendo em vista que o mesmo trabalhava em dois ou três hospitais; o olhar, o tom de voz e a fala.

A G.H.H.B. quando questionada cita que não teve modificações nos enxovais e sim o cuidado com os resíduos gerados, já nos aspectos intangíveis a mesma ressalta que foram elaborados trabalhos de aconselhamento e orientação dos nossos colaboradores.

A G.E.H.C. por sua vez quando questionada afirma que em relação aos aspectos tangíveis as principais modificações se deram em relação aos equipamentos de proteção individual e em relação a alguns procedimentos relacionados as vias respiratórias como as intubações. Já nos aspectos intangíveis a mesma cita a comunicação visual relacionado ao fardamento dos profissionais uma vez que os mesmos faziam uso de vestimentas de cores específicas e com a pandemia todos passaram a utilizar vestimentas privativas. Conforme pode ser observado nas falas abaixo:

[...] as modificações estavam relacionadas ao próprio **uso de proteção individual** [...] eu tinha que ter uma **estrutura** totalmente diferenciada porque eu já tinha ela pro meu paciente, o doente ele tinha uma **troca de cama diferenciada, a cor do lenço dele diferente, toda uma estrutura de rotina de troca também diferente, a frequência de troca ela foi modificada pra atender esse paciente.** [...] Sobre os não tangíveis sobre comportamento, possivelmente foi a coisa mais difícil. [...] você também estava falando de uma equipe que estava cansada e que aquilo traria...estava trazendo muito impacto emocional pros colaboradores. [...] até pra lembra que as pessoas tem **dois, três empregos.** [...] **para dar uma segurança, vários hospitais fizeram um acordo tipo, se você tem um colaborador que trabalha ai e trabalha aqui, deixa ele só aqui, você fica com outro ai.** Pra garantir então que eu melhorasse o humor desse colaborador [...] Então a fala... **o que você falava tinha muito mais impacto do que o sorriso,** do que o olhar, era falar mesmo “Eu estou aqui com você, o que você precisar chame por mim, toque dessa forma”. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] **em relação aos aspectos intangíveis tudo, o sorriso,** a gente como eu já tinha ti falado antes, foram **trabalhos de aconselhamento e orientação dos nossos colaboradores,** para que ele não chegasse com medo naquele quarto daquele paciente e visse aquele paciente como... intocável né [...] E nos **aspectos tangíveis** em relação a hotelaria, a gente **não teve por exemplo, mudança de um enxoval específico,** de nada específico, o que a gente tem... foi **o cuidado daquele material, daquele lixo que está sendo gerado,** daquele processo e lixo daquela área, enxoval pra que ele tenha uma tratativa diferente. (G.H.H.B. grifo nosso).

[...] **os intangíveis** o que a gente sentiu a maior diferença, teve o maior impacto eu acredito que foi a **comunicação visual**, porque aqui nós temos um **ardamento de cores diferentes**, então o técnico usa uma cor, o enfermeiro usa outra, e de repente estava todo mundo de roupa privativa, sem o crachá, sem o fardamento. **Então, isso acabou dificultando muito a percepção do paciente sobre quem o estava atendendo né, no momento.** E em relação as questões **tangíveis** [...] a gente teve algumas alterações assim com dúvidas né, é de **equipamentos, de EPI's** que a gente teve que redimensionar, readministrar, modificar, então antes mesmo dentro do hospital não era habito a gente tá de máscara o tempo inteiro [...] a forma de alguns procedimentos mudou principalmente o atendimento que são relacionadas as vias respiratórias. Então todo mundo teve que se readequar e como **entubar paciente**, como agir em uma parada né, então tudo isso precisou ser reformulado. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre os principais serviços oferecidos aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes, durante todo seu tempo de permanência no hospital (momento da chegada, momento do paciente internado e momento da alta). A G.Q.E.P.H.A. afirma que no momento da chegada dos pacientes foi oferecido um atendimento mais rápido devido a sua gravidade junto a mudança no discurso para chegada e atendimento dos pacientes.

No momento do paciente internado a mesma afirma o paciente era assistido equipe de profissionais de várias especialidades junto com o suporte de atenção de enfermagem e outros serviços assistenciais, e no momento da alta segundo a G.Q.E.P.H.A. os pacientes recebiam orientações pós-alta referentes as medicações futuras, os mesmos também faziam uso da telemedicina, utilizavam aplicativo onde tinha o ambulatório disponível, também foi disponibilizado ela instituição o tele dúvida para informações do COVID-19.

Já a G.H.H.B. quando questionada afirma que no momento da chegada ele passa pela triagem onde o mesmo é recebido pela equipe assistencial e entra no processo de internação onde o serviço de transporte intra-hospitalar é oferecido junto com os auxiliares de transporte, é apresentado todos os serviços da hotelaria hospitalar disponível para ele, no momento do paciente internado ele recebe todo os serviços assistenciais até sua saída. No momento da alta segundo a G.H.H.B. o paciente o mesmo é transferido com a ajuda do serviço dos auxiliares de transporte intra-hospitalar na sua saída, segundo a G.H.H.B. nenhum paciente, sair diretamente do hospital caminhando, sozinho sem ter alguém acompanhando, pois pode haver algum problema nesse curto espaço de

tempo porque pode haver a reinternação que é indicador negativo para a instituição.

Já a G.E.H.C. quando questionada, afirma que no momento da chegada e no momento do paciente internado o paciente recebeu toda a assistência da equipe assistencial e no momento da alta os pacientes receberam orientações sobre a permanência de isolamento, sobre a propagação e contágio da doença, os cuidados com a alimentação. A mesma também afirma que alguns pacientes saíam sem resultados e só no pós-alta o paciente entrava em contato para obter seu resultado. Conforme pode ser analisado nas falas abaixo:

[...] então um serviço que eu ofereço para ele é o **atendimento imediato** né, da gravidade então **o serviço dele vai depender da gravidade**, a porta de entrada dele é o pronto socorro, levando em conta a velocidade da assistência que ele precisava né, iai depois é oferecido o **ambulatório COVID**, [...] porque no começo da pandemia a orientação era não venha para o hospital, não saia de casa e depois a gente foi **corrigindo esse discurso** [...] Então depois era vem aqui nós temos uma emergência totalmente segura para você vir para o hospital e se você não é COVID. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] **na chegada ele vai receber... a triagem dele, o atendimento assistencial e técnico, iai vai incluir a equipe de recepção, de médicos, de enfermeiro, eai a gente tem a entrada dele na internação.** Nessa etapa eu tenho o **serviço de transporte intra-hospitalar** que são meus maqueiros que hoje a gente chama de auxiliar de transporte. [...] É, iai eu tenho meu **processo de hotelaria enquanto admissão**, que ai eu vou fazer toda aquela orientação para o paciente entender [...] e eu vou **apresentar todos os serviços de hotelaria**, como vai funcionar a limpeza, como vai funcionar a troca de enxoval, é a alimentação, para quais ramais ele pode ligar para fazer algum tipo de solicitação, isso enquanto serviço de hotelaria. Iai eu tenho **dentro da internação do paciente toda a prestação de serviço da assistência né, de cuidados, da terapia, da administração até que ele finalize o processo dele de cura e tenha a saída**, iai quando ele **recebe a alta quem faz a transferência dele novamente é o auxiliar de transporte intra-hospitalar**, que ai ele sai do hospital. **Nenhum paciente, mesmo que ele já esteja bom ele não pode sair diretamente do hospital caminhando, sozinho sem ter alguém acompanhando** ele porque esse paciente pode ter algum problema no caminho entre a saída do seu apartamento até a porta de saída do hospital [...] que é uma coisa que a gente não é... gosta que aconteça é um **indicador negativo para gente de reinternação**. (G.H.H.B. grifo nosso).

[...] fora o que eu já disse **o paciente recebia toda a assistência né da equipe assistencial desde a sua chegada até a sua alta. Orientações pós-alta né, sobre a permanência de isolamento, sobre a questão de contágio**, sobre a desmistificar algumas coisas que estavam sendo colocadas em redes sociais e também a alimentação, os cuidados com a alimentação, com retorno a atividades físicas e **alguns saíam ainda sem o resultado. Então, alguns ficavam pendente o resultado e no pós-alta ele entrava em contato para se ter o resultado a pacientes.** (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre o momento da morte, levando em consideração a pandemia do COVID-19 a G.Q.E.P.H.A. afirma que dentre dos principais impactos estão a abertura de um novo morgue separado para não haver a mistura de corpos contaminados, outro impacto segundo a mesma foi a parada das funerárias que finalizavam suas atividades as 17:00 horas o que comprometeu os fluxos segundo a G.Q.E.P.H.A. tiveram que garantir a identificação correta dos corpos o suporte ao luto para família, e para os colaboradores.

Já a G.H.H.B. quando questionada afirma que tiveram uma incidência relativamente alta de acordo com a realidade de pacientes, a maioria estava em terapia intensiva e a maioria eram idosos com problemas respiratórios, segundo a mesma durante os processos de óbitos sempre teve a presença da assistente social dando o suporte devido para qual número ligar, que tipo de serviço precisariam e fazendo o acompanhando tendo em vista que os pacientes de COVID-19 quando vinham a óbito eles desciam em sacos fechados para morgue, e adiante só poder ser tocado pelo serviço de funerária longe da família. Segundo a G.H.H.B. as famílias ficavam até no corredor da sala que fica o morgue que se encontrava fechado.

Já a G.E.H.C. por sua vez afirma que se teve que montar uma nova estrutura, onde as famílias reconheciam seus pacientes por foto, a mesma ressalta que não teve o momento de luto e a equipe não soube ser mais sutil nesse atendimento do momento da morte devido a situação. Conforme pode ser observado nas falas abaixo:

[...] primeiro a gente teve que **abrir** também, da mesma forma que toda área COVID era separada, **o morgue também deveria ser separado. Eu não poderia misturar corpos de pacientes que eram suspeitos dos pacientes não suspeitos**, então nós tivemos um problema na cidade foi que **as funerárias pararam de trabalhar a partir das 17 horas da tarde**, que não é o nosso habitual eles trabalham 24 horas, e com isso a gente teve que redobrar os cuidados com o corpo, porque poderia acontecer de ter mais de um corpo esperando pela funerária, então quem falece-se após 17 horas, ele só ia ser resgatado o seu corpo no outro dia, depois das 8 horas da manhã, 9 horas da manhã [...] **teve que estrutura o morgue, garantir fluxo, garantir identificação correta, garantir suporte ao luto para família, suporte ao luto pro colaborador.** (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] então a gente teve uma **incidência relativamente alta de acordo com a nossa realidade de pacientes, de óbitos logo no início tá, a maioria estava em terapia intensiva e a maioria eram idosos com problemas respiratórios [...]** Então nesses processos de mortes, a

gente sempre tinha nossa assistente social acompanhando porque o paciente ele descia num saco de óbito fechado pro morgue, e dali ele só poderia ser retirado pelo serviço de funerária né, que levaria aquele paciente a família não poderia tá ali diretamente tudo, eles ficavam até no corredor da sala que fica o morgue que fica fechado tudinho, mas eles não poderiam ter diretamente contato. [...] o serviço de assistente social sempre ali próximo ao paciente, prestando até porque as vezes o paciente não sabe para qual número ligar, que tipo de serviço precisa né, ele precisa recorrer nesses casos, iai a gente tinha essa prestação. (G.H.H.B. grifo nosso).

Foi muito complicado, porque teve-se que se montar uma nova estrutura... um novo cuidado desse pós-morte então é... muitas famílias reconheciam por foto né a pessoa, para poder fazer o... não tinha aquele momento do luto, do ficar. Não tinha, isso foi tirado da família, e isso impacto também muito a nossa equipe porque a gente não, a gente muitas das vezes não teve como é... ser mais sutil nesse atendimento né, então é um momento difícil todo mundo sabe que é, mas a gente também estava em uma situação muito complicada. (G.E.H.C. grifo nosso).

Segundo o depoimento da G.Q.E.P.H.A. quando questionada a sua percepção de hospitalidade, a mesma percebe e correlaciona a hospitalidade aos aspectos da estrutura física onde o paciente se encontra, junto a sua percepção de satisfação e como ele é tratado. Para a G.H.H.B a hospitalidade está relacionada com a forma de tratamento e a não padronização no atender. Já para a G.E.H.C, por sua vez, acrescenta que a hospitalidade está ligada as ações oferecidas aos pacientes durante a sua permanência na instituição. As falas a seguir descrevem a percepção das entrevistadas sobre hospitalidade:

A hospitalidade ela está muito relacionada com aquilo que o doente sentirá de acolhimento [...] ela está muito relacionada sim com estrutura, **estrutura física onde esse paciente, essas pessoas né estarão alojadas [...] se o quarto é limpo, se o quarto é isso, isso já dá uma calma aí, uma sensação de bem-estar [...] Como ela também se relaciona direto aí a nossa percepção de satisfação.** hospitalidade ela impacta direto na experiencia é um ponto, como eu falei a estrutura e o outro ponto é o acolhimento inicial pela **forma de tratativa**, como ele é tratado [...] **então a hospitalidade tá muito relacionada a estrutura física e a fluxos operacionais que vão garantir que esse doente, que agente seja hospitaleiro.** (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] O que eu acredito, a gente tem que observar o indivíduo como ele é, **eu não posso tratar todas as pessoas iguais, aí eu não posso seguir padronização [...]** a forma que eu trato Camila “o meu bem Camila” ela pode gostar, uma outra pessoa pode não gostar. Então, eu creio que a gente tem que tentar sempre conhecer o nosso cliente né? [...] Por exemplo: é... a gente sabe, conhece pacientes que eles têm o histórico de serem queixosos né? [...] minha equipe que está diariamente ali lidando com esse tipo de paciente, ele já identifica “Olha paciente Camila, ela está insatisfeita, ela faz queixas de vários tipos de

coisas”, ou então ela faz muita solicitação, muita demanda iai eu vou tratar “Camila de uma **forma individualizada**”. (G.H.H.B. grifo nosso).

Hospitalidade, no meu entendimento seria mais um... as ações que a gente pode estar fazendo para melhorar né, a qualidade dessa permanência, do tempo de permanência aqui no hospital. [...] **as ações que a gente pode fazer, durante essa permanência do paciente aqui.** (G.E.H.C. grifo nosso).

Perguntada sobre quais ações de hospitalidade foram realizadas antes e durante a assistência/apoio aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes a G.Q.E.P.H.A. afirma que a instituição possui uma central de hospitalidade, e também um programa de desenvolvimento voltado para os colaboradores, além de evidenciar a aparência da estrutura física. A mesma ainda afirma que os pacientes presenciavam sarais dentro do solar da instituição, realiza pintura, havia música de piano e o mesmo conversava com o médico no posto, além de fazer caminhada. Já durante a pandemia a mesma afirma que a instituição passou por mudanças e adequações na estrutura física para ampliação de leitos e isolamento de grupos e doentes, apoio da virtualização para vídeos conferências e mediante a limitação dos fluxos, abertura de elevadores específicos, a escuta e a comunicação com o paciente, reuniões diárias.

Já a G.H.H.B. afirma que antes da pandemia essas ações não eram mensuradas, já durante a pandemia a mesma cita que a instituição dispões de profissionais específicos para realizarem as visitas de acompanhamento com os pacientes de COVID-19 com o objetivo de evitar a contaminação cruzada do vírus, além de treinamento com os mesmos. E a G.E.H.C. por sua vez afirma que antes da pandemia a instituição investiu em educação continuada somente para os colaboradores, e com a pandemia teve a ampliação da equipe para suprir a demanda de atendimentos e auxílios dos pacientes e utilizou-se telechamadas, ligações entre familiares e pacientes e equipe médica. As falas abaixo relatam quais ações de hospitalidade foram realizadas antes e durante a assistência/apoio aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes:

Então, a gente tem [...] **instaurada a central de hospitalidade** para que esse paciente tenha um contato rápido e direto, para quando ele quer resolver problemas diretos [...] a gente tem um **programa de desenvolvimento de colaboradores** para que eu ele consiga ter essa percepção de hospitalidade [...] nós temos uma preocupação muito grande com a estrutura física, **a estrutura física é... o hospital é muito**

bonito, principalmente as áreas mais novas, elas são áreas de muito acolhimento. [...] esse paciente vai para sarau dentro do nosso solare... é ele faz pintura, ele tem a música do piano para ouvir, ele teria a condição de conversar com o médico dele no posto, fazer caminhada e com a pandemia isso não pode. Várias modificações [durante a pandemia], primeiro porque a gente teve muita limitação... de fluxo né [...] a gente também teve que mudar também a estrutura física com a ampliação de leitos e também adequação de estrutura física para isolar um grupo de pacientes, abertura de elevadores específicos para garantir fluxo, atendimento da psicologia que ficou por vídeo conferencia, reunião com a família por vídeo conferencia. [...] reuniões diárias para entender como é que estava a experiencia doente [...] então a escuta do cliente ele se tornou ainda mais premente uma vez que eu não estava com a família aqui né [...] a gente se preocupa muito com a informação, até com a informação no leito para eles se sentir informados, o contato telefônico que ele pudesse ligar [...] muita informação foi deixada ali no quarto para que ele se sente-se amparado nesses momentos. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] como era um projeto que a gente está começado a implantar agora então antes da pandemia não quer dizer que a gente não tinha preocupação com o cliente, **mas isso não era mensurado sabe [...] então eu não tenho como te delimitar quais eram essas ações feitas anteriormente.** [...] Então o que a gente teve que adaptar [durante a pandemia] eu tenho no setor de isolamento de COVID **um auxiliar de serviços gerais e uma camareira especifica** né [...] então o que a gente teve que fazer, **a gente teve que treinar a nossa equipe de camareira nesse caso que tá lá dentro pra fazer essas visitas de acompanhamento com os pacientes, então aqueles pacientes que estão interno COVID, quem faz quem verifica as necessidades tudinho é a nossa camareira.** (G.H.H.B. grifo nosso).

Olha, a questão da educação continuada né, que é uma coisa que a gente tem trabalhado, que é uma coisa que melhora e a gente sente [...] o que a gente conseguiu fazer foi [durante a pandemia] é... **Telechamada né, com os pacientes e a família por não estarem com acompanhantes** [...] a psicóloga não podia ficar entrando no apartamento, mas ela ligava fazia um atendimento via telefone com o paciente internado de COVID [...] ouve ampliação do serviço, foi contratado mais psicólogos [...] porque a demanda aumentou muito. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre as relações de hospitalidade entre os colaboradores antes e durante a assistência de pacientes de COVID-19 a G.Q.E.P.H.A. afirma que a instituição possui um programa de humanização para os colaboradores e durante a pandemia os colaboradores fizeram uso da capela disponível na instituição, já G.H.H.B. afirma que por fazer parte da equipe e instituição a pouco tempo, percebe que existe relações interpessoais e empatia entre os colaboradores, onde os mesmos incentivam uns aos outros. já durante a pandemia a mesma relata que foi realizado reuniões para transmitir palavras de conforto aos colaboradores que professam a fé cristã e aos outros também que estavam disponíveis a procurar esse momento.

E a G.E.H.C. afirma que antes da pandemia, a instituição trabalhava a educação continuada com os profissionais e treinamentos, já durante a pandemia a mesma cita que houve uma melhora na alimentação desse colaborador com a disponibilização de lanches nos setores para que o mesmo não tivesse que descer, distribuição de roupas privativas para uso na instituição, além de homenagens de forma virtual nas principais datas comemorativas que contemplou a equipe. Segue abaixo as falas das entrevistadas quanto as relações de hospitalidade entre os colaboradores antes e durante a assistência de pacientes de COVID-19:

Antes da pandemia elas eram muito maiores, então tem **o programa de humanização com o colaborador [...]** a gente tem uma capela dentro das unidades onde o colaborador fez muito uso nesse momento de pandemia, o paciente não, mas o colaborador acabou utilizando mais. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] a gente tem uma equipe que é bastante coesa, bastante unida. Como eu te falei, eu cheguei a pouco tempo no hospital e isso é algo que tu tem dificuldade de encontrar em uma equipe de e hotelaria [...] Mas, a gente trabalhava muito... um colega com outro [...] a gente incentiva o colaborador a observar o seu colega né [...]. **Então o que que a gente entendi de valor na equipe é... que esses os colaboradores que identificassem que os outros estavam temerosos isso aconteceu muito tá [...] ou se ele não conseguisse dá uma palavra de conforto para aquele colaborador ele acionava a gente né [...]** E a gente tem também dentro do nosso quadro da hotelaria muitos isso aí eu já cheguei e já vi, **tem muitos colaboradores cristãos muitos mesmos né, acho que uns 80% dos nossos colaboradores são cristãos.** Então é... teve um momento que a gente cogitou a **fazer uma reunião para tentar de qualquer forma falar uma palavra de conforto ou ainda mais a esses colaboradores que tem e que professa a fé cristã [...]** a gente decidiu não fazer isso em grupo, mas trabalhar de forma individual aquelas pessoas que fizessem e que estivessem disponíveis a procurar isso (G.H.H.B. grifo nosso).

[...] **educação continuada né, que é uma coisa que a gente tem trabalhado,** que é uma coisa que melhora e a gente sente, e incentiva mais o funcionário até do que qualquer incentivo financeiro, é a questão do se sentir é... empoderado, é do se sentir treinado [...] nós buscamos pros os colaboradores [durante a pandemia] fazer o que é... **melhorar a questão dos lanches nos setores, então os lanches subiam para os setores para que eles não terem que descer, mas a gente fez uma maneira mais elaborada né, tentando dá uma melhor qualidade, a questão da distribuição de roupas privativas para eles também, pra que eles se sentissem mais seguros e não ter que usar a farda e levar e trazer.** Então o hospital disponibilizava roupa daqui [...] a gente passou pela semana de enfermagem, dia do técnico, dia do enfermeiro, **então sempre buscando fazer as comemorações, mas de uma maneira digital fazendo vídeos, fazendo homenagens para eles, mas tudo de madeira digital para evitar o contato [...]** então tudo isso, a gente trabalhou nessa época de pandemia. (G.E.H.C. grifo nosso).

5.1.2 Identificação dos profissionais atuantes junto aos pacientes de COVID-19.

Quando questionada em sobre quantos colaboradores desses estavam direcionados e atuando junto aos com os pacientes de COVID-19, a G.Q.E.P.H.A. afirma que desde o início da pandemia foram mais de mil pessoas ligadas diretamente ao atendimento do COVID. Já a G.H.H.B. Afirma que dezoito pessoas trabalharam diretamente com os pacientes, e segundo a G.E.H.C. quando questionada afirma que todos colaboradores estavam diretamente atuando com os pacientes de COVID-19, levando em consideração que todo o hospital havia pacientes. Conforme segue as falas abaixo:

Na realidade da minha área veja só, a gente tem mais de três mil colaboradores, desses três mil fora o corpo clínico, fora a equipe médica **a gente teve mais de mil pessoas ligadas diretamente ao atendimento do COVID.** (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] Em média 6 pessoas por plantão tá, trabalha diretamente com pacientes de COVID, **então aí 6 aí por 3... 18 no total.** (G.H.H.B. grifo nosso).

Agora, agora eu tenho poucos, **mas teve uma época que todos estavam, porque todo o hospital foi COVID.** (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre quem eram os colaboradores que atuaram junto aos pacientes de COVID-19 a G.Q.E.P.H.A. afirma que sempre o médico esteve presente, assim como enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, com serviços também da psicologia, serviço social e fonoaudiologia. Já a G.H.H.B. afirma que dentre os profissionais trabalhando com os pacientes de COVID estão: camareiras, auxiliar de serviços gerais, além da equipe médica. E por fim segundo a G.E.H.C. quando questionada afirma que dentre os profissionais estavam técnicos de enfermagem e enfermeiros, e profissionais do setor administrativo.

Minimamente agente sempre teve médicos e aí esses mil e quinhentos está **fora a equipe médica, isso são colaboradores direto, mas médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem.** E a gente passou um período no início da pandemia até que tudo fosse se ajustando, a gente fazia remotamente com o paciente atendimento da psicologia, do serviço social é... dá fonoaudiologia, de outros membros da equipe multi nutricionista. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] eu tenho trabalhando com o pessoal de COVID, **camareiras, auxiliar de serviços gerais e supervisão.** (G.H.H.B. grifo nosso).

Técnicos de enfermagem e enfermeiros, e tinha os administrativos. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a contratação de mais colaboradores e a ampliação da equipe a G.Q.E.P.H.A. afirma que foram necessária a contratação temporária de colaboradores devido ao absenteísmo em virtude dos colaboradores se afastarem por estar com COVID. Já a G.H.H.B. quando questionada afirma que houve uma grande contratação temporária de profissionais para suprir a grande demanda. E segundo a G.E.H.C. houve contratação de colaboradores.

Sim, as contratações temporárias elas foram necessárias não por causa...não porque nós não tínhamos contingente, é que a quantidade de absenteísmo devido a pandemia, ai as nossas recomendações minimamente já afasta o colaborador, se ele teve uma sensação de dor de cabeça, uma sensação de gripe esse colaborador já era recomendado a não está na área laboral, **a gente teve um absenteísmo muito grande** e... a gente foi se preparando para que o momento mais pesado, a gente tivesse ainda minimamente duzentos colaboradores temporários foram incorporados a equipe. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

Sim, a gente teve uma robusta contratação de profissional temporário, para atender nossa demanda que aumentou consideravelmente né, iai a gente contratou. (G.H.H.B. grifo nosso).

Sim. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando perguntada sobre o perfil desses colaboradores levando em consideração a idade dos profissionais e as restrições da pandemia a G.Q.E.P.H.A. afirma que os profissionais com experiencia e que trabalham com pacientes graves permaneceram trabalhando, a mesma também afirmou que teve dificuldade em encontrar profissionais com experiencias e em virtude disso teve a organização de um modelo de educação diferenciado.

Já a G.H.H.B. afirma que havia muitos profissionais dentro do grupo de risco e mediante a isso os mesmos tiveram que apresentar todo o seu histórico de saúde, houve afastamentos também inclusive de gestantes. E por fim a G.E.H.C. quando questionada, a firmou que todos os colaboradores do grupo de risco foram afastados. Abaixo seguem as falas:

[...] infelizmente colaboradores que tem experiencias e que é trabalham com doentes graves, eles estão empregados né. Então a gente teve bastante dificuldade de encontra pessoas com experiencia a maioria são pessoas, ou mais jovens ou que não tiveram... como é que posso dizer, que estavam disponíveis no mercado por uma formação menos agressiva, pós-graduação, pós-

curso de formação técnica eram as equipes que estavam disponíveis no mercado. Então para corrigir esse déficit do mercado, nós tivemos que organizar um modelo de educação full muito direcionado para gente trazer... é garantir a segurança dos nossos pacientes. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] a gente dentro do quadro, a gente continha muitos profissionais do grupo de risco né, a gente teve 2 que já tinham problemas crônicos respiratórios, iai eles tiveram e passaram pelo processo de passar toda documentação, histórico de saúde dele para gente, laudo tudo. Iai foi feito dentro do processo o afastamento desse colaborador, então ele está...[...] E a gente tem também **3 gestantes que a gente teve que afastar né, por questões mesmo de delicado** igual também estão afastadas, mesmo ainda não estando cumprindo aquele período de afastamento obrigatório de licença maternidade, elas estão em casa. **Iai com isso abriu também aquelas vagas temporárias que te falei,** a gente teve que substituir temporariamente para não ficar com desfalque dentro da equipe. **Então, eu tive 3 gestantes e 2 por doenças crônicas.** (G.H.H.B. grifo nosso).

Aqui, todos do grupo de risco foram afastados. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a faixa etária de idade dos colaboradores segundo a G.Q.E.P.H.A. houve na equipe profissionais mais novos e mais velhos, já G.H.H.B. por sua vez afirma que eram profissionais de 50 a 60 anos assim como jovens de 20 a 35. E por fim a G.E.H.C. afirma que só foram chamados profissionais que não faziam parte do grupo de risco.

Na verdade, como te coloquei tivemos uma equipe bem híbrida tanto com jovens e mais velhos. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

De 50 a 60 anos, eu não sei te dizer em certo, mas os. **E as gestantes que havia dito que foram afastadas são jovens, eles estão na casa dos 20 a no máximo 35 anos, de 20 a 35.** (G.H.H.B. grifo nosso).

Nos só chamamos pessoas que não eram do grupo de risco. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a realização de treinamentos específicos voltados para os tratamentos com os pacientes com COVID-19 a G.Q.E.P.H.A. afirma que teve mudança constante nos fluxos, o protocolo de segurança teve sua alteração 8 vezes e os treinamentos aconteciam em todos os plantões diurnos e noturnos através de vídeo aulas e práticas em loco.

Já a G.H.H.B. quando questionada afirma que se teve a disponibilização de um procedimento operacional padrão de COVID-19 relacionado a utilização de roupas privativas, e o outro relacionado as práticas de desinfecção. Segundo a mesma a instituição treinou especificamente o colaborador segundo os pops.

Onde teve-se duas faces de treina e explica os colaboradores, a G.H.H.B. ainda ressalta que a distribuição de roupas privativa era retirada em um lugar específico e os colaboradores faziam o registro e a assinatura do protocolo e descarte do mesmo. Onde muitas das vezes houve recusa e resistência por parte dos colaboradores. A G.E.H.C. quando questionada afirma que teve treinamento de paramentação, desparamentação, uso de EPI, treinamento de áreas, treinamentos das ações assistenciais como intubações. Conforme pode ser analisado nas falas abaixo:

[..] **os fluxos eles mudavam com muita frequência, então o protocolo de tratamento mudou oito vezes**, a literatura ia saindo o protocolo mudava [...] então muitos treinamentos aconteciam [...] **a gente dividiu a equipe pra dar treinamento nos plantões noturnos, diurnos**. Então fora isso, eles usavam muito da ferramenta de... **vídeo aulas** mesmo dentro dos plantões [...] então o que elas faziam era **eu faço e você vai fazer depois exatamente como eu fiz** né, eu vou me paramentar depois você se paramenta, só que já era muita coisa ná **prática**, eu estou fazendo agora e agora é a sua vez. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] a gente teve a integração, a gente teve a disponibilização do nosso corporativo de um **pop específico de COVID, em dois momentos: um relacionado a utilização de roupas privativas né, e o outro relacionado as práticas de desinfecção**. [...] iai é uma coisa, a gente **treinou especificamente aquele colaborador para isso**, e a outra é sobre o uso do enxoval nesse caso [...] Então a gente teve esse trabalho com a nossa equipe de camareiras [...] **as equipes do hospital inteiro que faziam uso de privativas** [...] **Então tem as duas faces de eu treinar e explicar o protocolo correto e que o colaborador entenda o porquê que aquilo ali está acontecendo** [...] nessa questão de roupa privativa, eu chego... **a gente teve que transferir, não colocar mais roupas assim, deixar a distribuição diretamente na rouparia, então todo o funcionário inclusive o médico chegava na hotelaria, e ele retirava a sua roupa privativa ali e ele tinha que assinar o protocolo que ele estava retirando a sua roupa privativa ali, que ele teria que fazer o descarte no enxoval sujo da forma certa**. Estava o nome dele ali, o horário que ele chegou e pegou, a data [...] **lai tinha gente que não queria assinar**, tinha gente que não queria registrar, tinha gente que não queria o tamanho, tinha gente que não tinha que receber e discutia coma gente porque queria recebe. (G.H.H.B. grifo nosso).

É teve **treinamento de paramentação, desparamentação**, treinamento de **uso de EPI**, treinamento de **áreas**, treinamentos das **ações assistenciais**, nas mudanças nas... atividades por exemplo, **intubação** como deveria ser a partir de agora. Então todas essas rotinas que mudaram foram treinadas. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a disponibilização de teste rápido para os colaboradores a G.Q.E.P.H.A. afirma que inicialmente não foram oferecidos

testes pois no começo não tinha i suficiente para os pacientes que era prioridade. Somente depois os colaboradores foram testados aos poucos.

Já a G.H.H.B. quando questionada afirma que a equipe assistencial linha de frente inicialmente foi testada, segundo a mesma os colaboradores que começavam a sentir os sintomas faziam teste. Logo a rede hospitalar disponibilizou teste rápido para todos os colaboradores. E por fim a G.E.H.C. quando questionada afirmou que não foi realizado teste rápido nos colaboradores e sim o teste o SWAB. Logo abaixo seguem as falas:

No início não, porque a gente não tinha disponibilidade de teste nem para os pacientes né, isso foi em tempo muito recente é que nós tivemos aí a liberação com segurança de que não faltaria kit para os pacientes, que foi uma prioridade eu acho que você deve ter acompanhado, o Ministério da Saúde ele foi ali dando orientações paulatinas. É tanto que se liberou aí uma quantidade de testes onde a confiabilidade nem era tão alta, mas para garantir que os próprios pacientes tivessem testes né, então agora mais recente que com essa segurança a gente tem um direcionamento pra quem faz e quem não faz. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] primeiramente para aquela equipe que estava na linha de frente assistencial né, foi feito teste rápido e... também aquelas pessoas que começavam a ter sintomas relacionados aos sintomas de COVID né, ela já tinha um atendimento na emergência o médico identificava se ela tinha sintomas ou não e ela fazia o teste, aí ela ia dar a indicação se o teste seria o teste rápido, se seria teste por SWAB [...] Então todo mundo, a rede disponibilizou teste rápido para todo mundo fazer, iai as pessoas que testaram positivas né, receberem resultado de forma confidencial né [...] . (G.H.H.B. grifo nosso).

Não, teste rápido não, foi feito mesmo outro teste o SWAB (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre a criação de novos protocolos e processos de assepsia voltados para os colaboradores G.Q.E.P.H.A. afirma que houve vários por meio do ensino a distância por meio da disponibilização de links e vídeos juntos a comissão de controle e infecção hospitalar – CCIH, além de orientação e auditoria. A mesma ainda afirma que havia uma ala exclusiva para colaboradores.

Já a G.H.H.B. quando questionada afirma que a instituição já possuía um protocolo existente para precauções onde o mesmo foi adaptado para o COVID-19. Já a segundo a G.E.H.C. teve a elaboração de protocolos voltados para COVID assim como também de retorno de cirurgias. Abaixo seguem as falas:

Foram vários e eles como eu falei tinham revisões muito constantes, a gente fez...uma das ferramentas que nós utilizamos

para chegar até o colaborador, a forma correta foi treinamento por EAD né, disponibilizando vários links, a gente fez vários vídeos junto da CCIH. E há... educação disparando e acompanhando, e depois auditando para saber se as pessoas tinham absorvidos, e se aquilo estava fazendo diferença no cuidado do paciente, no cuidado do colaborador. É... iai a gente foi fazendo várias dessas estratégias. É realmente de protocolos ao final da linha COVID, agente chegou a emitir mais de quarenta documentos... orientandos os cuidados com o colaborador, com o paciente, **a gente trabalhou várias esferas de cuidado dentro do comitê de crise e tinha uma ala exclusiva para colaboradores com COVID.** (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

Tá, a gente já tem protocolos existentes para tipos de precaução, COVID é precaução... ele é classificado como precaução por gotícula [...] **então a gente pegou esses protocolos já existentes, a gente não o corporativo que trabalha lá toda questão de padronização de protocolos, de assistência e tudo de gestão. E ajustou para realidade atual** né, iai a gente pegou esses protocolos e fez o treinamento com os colaboradores. (G.H.H.B. grifo nosso).

Teve voltado para COVID. Agora também que a gente está fazendo protocolo de retorno de cirurgia. (G.E.H.C. grifo nosso).

Quando questionada sobre as mudanças nas escalas e jornadas de trabalho dos colaboradores, a G.Q.E.P.H.A. ressalta que houve contratações temporárias durante o momento da pandemia e em relações a escala criaram um novo modelo chamado “frente de batalha” onde o colaborador permanecia 24horas na instituição e depois folgava e seguia o rodício, contudo não obteve sucesso tendo em vista a exaustão da equipe. Voltando assim para a escala convencional de no máximo 12horas.

Já a G.H.H.B. afirma que no setor de hotelaria hospitalar os colaboradores não trabalham diariamente e sim na escala de 12x36 e também por plantão trabalhando 15 dias sim e 15 dias não. Ainda segundo a mesma só houve mudança na escala do setor de recursos humanos que trabalha diariamente e com a pandemia houve revezamentos. E por fim a G.E.H.C. quando questionada afirma que teve mudanças nas jornadas de trabalho e contratações temporárias. Conforme podem ser analisadas nas falas abaixo:

Durante a pandemia as contratações temporárias. A gente tentou fazer um regime de escala onde a gente chamava de frente de batalha, você ficava 24 horas direto, ia embora e passava vários dias em casa e depois vinha um outro frente de batalha também tinha sido uma recomendação. Não tivemos muito sucesso, isso deixou a equipe altamente é cansada, então nós voltamos pro modelo de escala convencional, manhã, tarde ou no máximo 12 horas e ele ser liberado para sua próxima jornada. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] no nosso setor de hotelaria não porque a gente já trabalha... os nossos colaboradores eles não trabalham diariamente [...] meus colaboradores eles trabalham 12X36, [...], mas em outras áreas do hospital por exemplo administrativa, tivemos mudança sim. A exemplo disso eu tenho o setor de RH que trabalha diariamente, mas, eles começaram a ter um revezamento [...] na hotelaria não porque o colaborador ele já trabalha em uma escala de plantão, e ele não está todos os dias dentro do hospital ele está metade do mês. Então ele trabalha 15 dias né, 15 dias ele tá no hospital e 15 dias ele está em casa, somente aqueles colaboradores que tem escala de diarista né, que é de segunda a sexta, de segunda a sábado tiveram esse tipo de redução, ou trabalhar meio período, ou trabalha um dia sim um dia não. (G.H.H.B. grifo nosso).

Teve. (G.E.H.C. grifo nosso).

5.1.3 Percepção do acolher, hospedar, alimentar e entreter

Quando questionada sobre as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19 sob a perspectiva do acolher, hospedar, alimentar e entreter, a G.Q.E.P.H.A. afirma que sobre o acolher que a Unidade de Terapia Intensiva foi a primeira unidade onde foi liberada e integralizada a presença de acompanhantes onde os mesmos foram acolhidos, também a interação da equipe médica com a família através de ligações diárias por vídeo. Já no hospedar a G.Q.E.P.H.A. por sua vez, afirma que todo o processo foi realizado na estrutura nova da unidade, também destacou a velocidade do hospedar e dos fluxos com esses pacientes.

No alimentar a mesma destacou que houve sobrecarga no serviço de enfermagem, afirma também que os pacientes podiam ligar e falar em qualquer momento com a nutricionista para adaptar o cardápio, além de elaboração de cardápios exclusivos os mesmos. No entreter segundo a G.Q.E.P.H.A. foram oferecidos os serviços já disponíveis como acesso a Tv a cabo e aberta, Wi-fi, além de vídeos motivacionais realizados pelo marketing de comunicação e frases de felicitações para os pacientes. Segue a baixo a fala da G.Q.E.P.H.A. sobre as ações de hospitalidade que foram voltadas aos pacientes de COVID-19 sob a perspectiva do acolher, hospedar, alimentar e entreter:

[...] uma coisa que foi do **acolher, a UTI foi a primeira unidade onde liberamos acompanhante** [...] É... a gente organizou uma forma de que o médico entra-se em contato com a família, pelo menos uma vez ao dia por telefone fora das unidades, nos encontramos a psicologia que entrava em contato com o paciente por vídeo e com a família diariamente [...] Então era feita uma ligação diária para esses pacientes, para esses familiares a nível de acolhimento.

O hospedar desse paciente foi em uma melhor estrutura, porque... a estrutura nova da instituição ela é mais acolhedora [...] então eles ficaram em uma área mais organizada da instituição, uma outra coisa do hospedar foi a velocidade do hospedar [...] muitos pacientes não aguardaram a autorização do convenio para subir, porque tinha que tirar o paciente desse fluxo e ele fica hospedado mais rapidamente.

[Alimentar] **A nutrição foi um desafio porque a copeira não podia mais entrar na área né?** então a enfermagem ficou bastante sobrecarregada no receber e tal, [...] nós tivemos vários cardápios feito exclusivo para esse paciente, ele podia é ligar e falar com a nutricionista o tempo todo reajustar por telefone, não estava recebendo visita física.

[Entreter] **então a estrutura já disponibiliza Tv a cabo com canais além da Tv aberta [entreter], cada quarto tem uma Tv é... Tv individualizada então, o paciente podia ter acesso a outros canais. Também ele tem acesso ao Wi-fi, então ele podia jogar, brincar e tal, ele recebia mensagens mandadas da psicologia, ou WhatsApp, vídeos também.** O nosso marketing de comunicação em marketing atuou muito fazendo vídeos motivacionais para esse paciente, recebia frases se era dia do aniversário dele em uma bandejinha diferente. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

Já a G.H.H.B. quando questionada sobre as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19 sob a perspectiva do acolher, hospedar, alimentar e entreter, afirma que no acolher houve a interação com pacientes, acompanhantes e familiares através de ligações com a equipe assistencial, equipe essa que estava exclusivamente para a realização desses atendimentos e ligações. No hospedar a mesma afirma que os pacientes de COVID eram direcionados acompanhados para uma ala específica organizada e confortável.

No alimenta a G.H.H.B. afirma que houve a contratação de copeiros específicos para a realizar a entrega da alimentação dos pacientes de COVID, para não sobrecarregar a equipe de enfermagem. E no entreter a mesma afirma que o entretenimento foi voltado para a equipe e não para os clientes, dentre as ações estavam: momento de parabenização ofertando bolo, salgado, doce algo diferenciado pelo trabalho da equipe. Como podem ser observadas nas falas abaixo da G.H.H.B.

[...] **de acolher é...** a gente tinha **prioritariamente a equipe assistencial que fazia este contato com os pacientes e com os acompanhantes tá, eles que entravam em contato para falar os boletins médicos, o estado que o paciente estava e também ficou um telefone disponível** para que os acompanhantes entrassem em contato para ter alguma atualização do boletim médico do seu ente querido.

[...] todo paciente que chegava de COVID ele era **direcionado para uma ala específica** né, então é... antes dele chegar já tinha todo aquele protocolo de deixar a área organizada, montada para aquele

paciente pudesse ser recebido de uma forma ideal [...] então para mim **hospedar** também é isso, você enquanto profissional deixar o ambiente e deixar pessoalmente.

[...] a gente teve contratação de copeiro pra isso também **[No Alimentar]** laí quem fazia esse atendimento é... de distribuir a alimentação era uma pessoa específica que ficava dentro da área né, porque a gente teve no início quando não se tinha copeiras específicas para isso [...] tu vais colocar mais profissionais entrando em contato com o paciente? **eu vou, mostra um melhor atender e aquele profissional fica restrito aquela área, então da mesma forma que eu tive camareiras específicas, eu tive copeiras específicas para tratarem daqueles pacientes** [...] Porque se não a enfermagem não conseguiria fazer o acolhimento e a assistência de forma adequada

[...] eu acredito te colocar da seguinte forma [no entreter], **talvez a gente não tenha entretido diretamente o paciente, mas a nossa equipe.** Então a gente teve alguns momentos as **ações de gestores com as suas equipes que atendiam os pacientes, então a gente teve um momento de parabenizar a equipe mesmo é... até ofertando bolo, um salgado, um doce algo diferenciado pelo trabalha que eles estavam fazendo** [...] aquele colaborador ele já está estressado devido a pandemia, **já está com medo dele da pandemia**, e isso tem que seguir todos os protocolos. laí a gente teve o momento de trabalhar com equipe é... em agradecimento, em elogio laí a gente entreteve com essas ações. (G.H.H.B. grifo nosso).

A G.E.H.C. por sua vez quando questionada sobre as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19 sob a perspectiva do acolher, hospedar, alimentar e entreter, afirma que no acolher se teve a presença de uma mídia interna informando aos colaboradores quem eram os pacientes de COVID-19, e como agir mediante a comunicação dele com a equipe tendo em vista que a maioria estaria só sem acompanhantes, elaboração de um adesivo com os principais sintomas.

No hospedar a G.E.H.C. evidenciou a presença de acompanhantes para os pacientes de COVID-19, tendo em vista que a instituição liberou a presença de acompanhantes para os idosos e esses acompanhante acabaram se contaminando e se tonando pacientes. No alimentar a mesma afirma que nutricionista realizava a consulta via telefone, e o serviço de copa da instituição junto as copeiras passavam e entregavam as refeições. A mesma também citou que a alimentação do idoso quem auxiliava eram os acompanhantes e a família e os outros pacientes se alimentavam sozinhos.

E no entreter a G.E.H.C. afirma que o entretimento ficou por conta das ações da psicologia que elaboravam dinâmicas, algumas poesias por telefone, junto fisioterapia nos apartamentos. Abaixo pode-se observar as falas da G.E.H.C.

[No acolher] **É nós tivemos uma mídia interna falando sobre é... como deveria ser o paciente**, o que que ele deveria observar no caso “há como ele está muito dele só dentro do apartamento”, nós fizemos um **adesivo** em que ele olhasse quaisquer sintomas desses chame imediatamente a enfermagem”.

[...] Então ele se **hospedar sozinho**, ele estar sozinho pra gente foi difícil. Como a gente tem um número grande de idoso, **então a gente sempre teve o paciente acompanhado**. Aí o idoso foi liberado para que ficassem com o acompanhante aqui, então ao mesmo tempo que a gente tinha uma grande parcela sem acompanhante, **a gente também tinha uma grande parcela com acompanhante que... acabaram alguns virando nossos pacientes também porque se contaminaram por estar acompanhando pacientes com COVID**.

[Alimentar] É a nutricionista também ela foi orientada pelo conselho fazer a **consulta dela via telefone**, mas as copeiras passavam e entregavam as refeições né, **e o alimentar o idoso como tinha acompanhante a família auxiliava nessa alimentação, e os outros se alimentavam sozinhos, mas eram entregues pela copeira, pelo serviço de copa do hospital**.

É o entretenimento ficou por conta das ações a psicóloga fazia né, ela fazia algumas **dinâmicas, algumas poesias por telefone**. [...] Então isso acabava sendo entretenimento porque ela deixava aquela... tarefa para que eles fizessem pro seguinte e... basicamente isso porque também como é uma doença que acaba deixando muito debilitada, até aquela questão assim... **então a fisioterapia** que é também, fazia fisioterapia nos apartamentos e trabalhava muito essa questão do entreter na hora do atendimento. (G.E.H.C. grifo nosso).

5.2 Discussão

Percebe-se que as ações de hospitalidade praticadas pelas instituições de saúde privada de São Luís aos pacientes de COVID-19, seus acompanhantes e visitantes resultam em um tratamento que propicia bem-estar, conforto em sua estrutura física. Contudo conforme Andrade (2011, p. 29) a hospitalidade é sentida quando, o paciente, fragilizado em seu estado físico, psicológico e emocional, é atendido nas suas necessidades, angústias, dúvidas e se sinta em um ambiente que lhe deixe confortável, tranquilo, acolhido e seguro.

A hospitalidade durante a pandemia de COVID-19 é percebida pelas entrevistadas durante o acolhimento do paciente, na estrutura física e os fluxos operacionais, a forma de tratativa desse paciente, e através das ações que estão vinculadas a qualidade no tempo de permanência do cliente no hospital. Porém vale ressaltar que a hospitalidade vai muito além dos aspectos tangíveis, uma vez que os pacientes de COVID-19 se encontram mais fragilizados e em sua grande maioria sem seu acompanhante. Nesse sentido Gonçalves e Ferreira (2013), afirmam que “a hospitalidade oferecida nos hospitais ou em outros

estabelecimentos pode ser caracterizada como um serviço intangível capaz de tornar momentos de fragilidade do paciente em situações de tranquilidade e segurança”.

Nessa mesma linha de raciocínio Godoy (2008) também vem complementar que a hospitalidade pode reduzir sensivelmente o sofrimento de cliente de saúde, minimizando o sofrimento em momento de dor e fragilidade. Nos hospitais B e C analisados na pesquisa foi possível observar que a participação do setor de hotelaria hospitalar durante o colhimento e as ações de hospitalidade é quase inexistente, uma vez que quem é responsável por acolher os pacientes de COVID-19 é a enfermagem. Tendo em vista que o setor de hotelaria hospitalar ainda se encontra em fase de criação e estruturamento. O que contradiz o pensamento de Godoy, (2008) que afirma que as ações de hospitalidade podem fazer parte da hotelaria hospitalar, tendo em vista que esse setor tem como objetivo a valorização do paciente lhe proporcionando conforto, bem-estar e segurança.

Dessa forma é possível observar que os hospitais B e C não se tem bem definido qual setor que acolher os pacientes de COVID-19 uma vez que segundo a G.H.H.B., e a G.E.H.C. afirmam que esse processo se dá através da equipe de enfermagem e assistencial.

Pode-se observar também que em todos os hospitais pesquisados se teve a contratação de mais profissionais de saúde para suprir a demanda de atendimento aos pacientes de COVID-19 e que os profissionais ali presentes realizaram testes rápidos de COVID. Nesse contexto, levado em consideração o colapso no sistema de Saúde os Governos algumas como os seletivos para contratação imediata de profissionais de saúde para todo o estado. Segundo reportagem publicada pelo G1, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES) anunciou um edital para contratação desses profissionais com inscrições no dia 20 a 22 de março

Conforme as relações de hospitalidade no eixo cultural elaborada por Camargo (2003), durante o acolher, hospedar, alimentar e o entreter. Nos hospitais estudados nessa pesquisa, é possível analisar que o acolhimento dos pacientes de COVID-19 ocorreu em uma nova estrutura e ala, com o apoio da equipe assistencial. Nesse sentido Boeger (2011) ,confirma essa afirmação ao evidenciar que no momento da chegada o paciente deve ser acolhido da melhor

forma possível de maneira ágil em um ambiente acolhedor, confortável e seguro, uma vez que o mesmo se encontra ansioso.

Percebe-se nas falas das entrevistadas que em relação ao acolher que houve a preocupação das instituições em relação ao contato imediato e a todo instante com os familiares dos pacientes, contudo vale ressaltar que ambos os hospitais não enfatizaram suas ações do acolher na saída desses pacientes de COVID-19.

Contudo as instituições aqui pesquisadas poderiam dispor de ações mais elaboradas em relação ao acolhimento dos pacientes de COVID-19, a exemplo pode-se citar os hospitais da Unimed do Rio de Janeiro, onde foram adotados corredores de aplausos para passagem de pacientes de COVID-19 (MOURÃO e RUBIM, 2020).

Já no hospedar pode-se perceber que nos hospitais dessa pesquisa os pacientes eram alocados em uma estrutura nova com a velocidade do fluxo garantida, onde nem todos eram assistidos pela hotelaria hospitalar durante seu tempo de permanência. Porém, segundo Boeger (2011), na chegada ao apartamento o paciente deve ser hospedado na melhor forma possível e os serviços essenciais e de hotelaria hospitalar devem ser oferecidos e continuados durante todo o tempo de permanência até a alta do cliente.

Ainda sobre a perspectiva do hospedar as entrevistadas deram ênfase na presença do acompanhante que por sua vez não pode estar com o paciente nos principais momentos de sua internação. Vale ressaltar que durante a hospedagem é necessário incluir a presença do acompanhante, pois ele é importante por ele representar uma referência física e emocional para o paciente. (BOEGE, 2017, p. 65). Contudo devido a pandemia do COVID-19 a Organização Mundial da Saúde segundo as recomendações vetou a presença nos mesmos nas instituições de saúde. Conforme pontuado pela G.Q.E.P.H.A.

Nesse mesmo contexto vale ressaltar que o hospital C, permitiu a presença dos acompanhantes e visitantes de pacientes idosos ou gestantes, o que contradiz as recomendações da Organização Mundial da Saúde, a G.E.H.C. ainda segue afirmando que muitos de seus acompanhantes testaram positivo para o COVID-19 e tornaram-se seus pacientes.

Contudo as informações das entrevistadas nos fazem entender que as ações relacionadas no hospedar poderiam ser melhoradas, uma vez que os

pacientes estavam sem seu acompanhante somente com o apoio e a assistência das equipes e em virtude dos equipamentos de proteção individual os pacientes só ouviam os colaboradores. A exemplo de ações está a do hospital Madre Teodora em São Paulo que adotou medidas humanizadas, onde equipes utilizaram suas fotos ampliadas em equipamentos de proteção individual – EPIs para melhorar a identificação na hora do atendimento. (CASTRO, 2020). Ainda segundo o mesmo autor vale ressaltar que essa iniciativa se aplicou primeiramente em um hospital no Estados Unidos e serviu de referência para hospital em Campinas.

Em relação ao alimentar segundo as entrevistadas é possível perceber que dentre as ações envolvendo o alimentar, houve a otimização do serviço de nutrição e dietética, onde existiram profissionais específicos para atender os pacientes de COVID-19, assim também com a elaboração de cardápios específicos, assim também como a comunicação com a setor era realizada a qualquer momento. Porém segundo Jorge (2005), o nutricionista deve agir com ciência, saber e criatividade para unir objetivos dietéticos, clínicos e sensoriais, com atendimento individualizado e personalizado, procurando respeitar as preferências alimentares dos pacientes.

Onde poderiam ser pensadas outras formas de interligar o setor de nutrição e dietética com o paciente de COVID-19, a exemplo está o Hospital Felício Rocho em Minas, que realizou uma celebração onde paciente internado com COVID-19 teve festa de aniversário (AYER, 2020). E o hospital Universitário da – UFMA, que junto com o setor de humanização disponibilizou mensagens positivas junto as refeições dos pacientes de COVID. Ação essa realizada no dia 09 de abril de 2020. (MORAES, 2020).

Em relação ao entreter é possível identificar através dos depoimentos das entrevistadas que os pacientes eram entretidos na maioria das vezes com o que a instituição já oferece, ou seja, com recursos já existentes como por exemplo: Tv acabo, Wi-fi com ressalva das mensagens institucionais e ações vindas da psicologia como poesias contada aos pacientes pelo telefone, dinâmicas e jogos oferecidos aos pacientes do hospital C. uma vez que o entreter pode oferecer soluções para as esperas e internações de crianças, adultos e idosos, considerando sua faixa etária, sua patologia, seu tempo de internação, seus medos e ansiedades, para poder apoiar na sua evolução (BOEGER, 2011, p.19).

Contudo vale ressaltar que segundo a G.H.H.B. as ações de entretenimento não foram voltadas para os pacientes de COVID-19 e sim para a equipe de profissionais uma vez que os mesmos se encontravam exaustos e desmotivados devido à sobrecarga de trabalho durante a pandemia do COVID-19. Nesse sentido é possível e cabível a reflexão de se trabalhar essas ações de hospitalidade na perspectiva do acolher, hospedar, alimentar, entreter, voltadas não somente para os pacientes, mas sim para os colaboradores.

Ainda sobre essas ações nota-se também que de acordo com falas das entrevistadas durante a assistência/apoio aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes, fez-se o uso bastante amplo das ferramentas digitais uma vez que o paciente se encontrava em isolamento e não tinha comunicação tanto com seus familiares e equipe assistencial e de apoio, onde podemos identificar a hospitalidade virtual, uma vez que o uso dessas foi muito recorrente e assertivo, como o uso de tablets que foram usados para ampliar a comunicação, e transmitiu bem-estar para aquele paciente.

Segundo Camargo (2003, p.19), a hospitalidade virtual, abrange a net-etiqueta do enviar e receber mensagens por meios eletrônicos, [...] gastronomia eletrônica e jogos e entretenimentos. O que não deixa de contemplar as relações de dar, retribuir e receber através de meios eletrônicos, mensagens e ou sistemas.

Em relação de que forma diante das relações de hospitalidade, as entrevistadas assumem o papel de anfitrião ou hóspede, A G.Q.E.P.H.A. afirma que se sente anfitriã quando se está conectado com a visão da empresa e faz parte dela. E sente-se como hospede quando está passando por um momento de insatisfação pessoal dentro das relações de trabalho, como quando reclama, que está insatisfeita com salário. Destaca ainda que na maioria das vezes sente-se mais anfitriã.

Já a G.H.H.B. afirma que se sente anfitriã em dois momentos: no momento em que faz visita ao paciente, sente-se anfitriã quanto hotelaria, e sente-se anfitriã no serviço assistencial porque é o setor prestador de serviço, de apoio. A mesma se sente hóspede quando tem outro setor que está prestando um serviço que é solicitado. A G.E.H.C. por sua vez afirma que se sente Anfitriã quando está com acompanhante e pacientes, e hospede mais quando recebe o

pessoal a ouvidoria na instituição. Conforme seguem abaixo as falas das gestoras.

É possível perceber-se na fala das entrevistadas que a visão do anfitrião se correlaciona a valores organizacionais, percepção do cliente quanto a qualidade dos serviços oferecidos. Já a visão de hospede está conectada com a prestação de serviços entre setores e empresas.

[...] **anfitriã** a gente se sente quando você tá conectado com a visão da empresa, quando você se sente parte é... do todo você entende que aquilo é seu, **você é dono do seu compartimento** [...] a gente acaba se sentindo **hospede** é quando você está passando por um momento de insatisfação pessoal [...] **é o que reclama, é o que quer pedir um pouco mais, ou né que elogia a relação**. Mas a maior parte do tempo você se ver mesmo é como o cara que tá recebendo as pessoas, que é anfitrião que faz aí toda a diferença para que o hospede se sinta extremamente à vontade. (G.Q.E.P.H.A. grifo nosso).

[...] **Eu me sinto anfitriã em dois momentos**: naquele momento que eu estou fazendo a minha visitação no paciente, porque eu quero saber o que que ele acha da minha casa [...] Nesse momento eu sou anfitriã quanto hotelaria e em relação a outros setores, porque eu sou o setor prestador de serviço eu sou apoio, então eu sou anfitriã na enfermagem e nos serviços que eu presto, se ela está sendo atendida da melhor forma ou não [...] **E eu sou hospede quando eu tenho [...] outro setor que está prestando um serviço para mim** por exemplo: a minha relação com a manutenção, se eles não estão prestando o **serviço que eu solicitei** da maneira adequada, pode ser que meu anfitrião que é a manutenção não está sendo legal né. (G.H.H.B. grifo nosso).

Anfitriã quando eu estou com algum acompanhante, quando eu estou com alguma paciente né, conversando, quando em algum atendimento que a gente vai fazer sobre alguma queixa. E **hospede** mais quando eu estou recebendo o pessoal da ouvidoria aqui do hospital e tudo. (G.E.H.C. grifo nosso).

O que nos faz compreender que as mesmas transmitem quanto anfitriã a hospitalidade, o acolhimento. Que segundo Lashley e Morrison (2004, p. 21), para que o relacionamento entre anfitrião e hospede seja eficaz, é necessário que o hóspede sinta que o anfitrião está sendo hospitaleiro por sentimentos de generosidade, pelo desejo de agradar e por ver a ele, hóspede, enquanto indivíduo.

Observa-se também que nas instituições pesquisadas, a hospitalidade se encontra atrelada aos seus serviços, uma vez que o presente setor teve seu impacto gerado pela pandemia do COVID-19, onde são considerados os aspectos tangíveis e intangíveis do serviço oferecidos aos pacientes de COVID-19, durante todo seu tempo de permanência na instituição. Nesse sentido Godoy

(2004), afirma que por mais estranho que pareça, a hospitalidade é essencial dentro do ambiente hospitalar, pois vai estar vinculada durante todo o processo de internação à melhora do paciente.

Em relação a natureza dos serviços oferecidos aos pacientes de COVID-19 quanto aos aspectos tangíveis e intangíveis, segundo as entrevistadas os aspectos tangíveis se remeteram ações na infraestrutura nos serviços executados, nos enxovais e resíduos gerados. Já nos aspectos intangíveis é possível perceber de acordo com as falas das entrevistadas do hospital A e B que esse nesse aspecto a atenção foi voltada para os colaboradores com recomendações e aconselhamento.

Já voltadas para os pacientes de COVID-19 as mesmas ressaltam o desafio que foi substituir durante a prestação de serviço o sorriso pelo tom de voz e o olhar, uma vez que ambas utilizavam de máscaras de proteção. Gerando assim um determinado valor para o paciente. O que é ratificado por Dias (2003), que vem afirmar que o serviço é um “produto intangível, podendo ser entendido como uma ação ou um desempenho que cria valor por meio de uma mudança desejada no cliente ou em seu benefício.

Ainda sobre os aspectos intangíveis a G.E.H.C. afirma que o maior desafio foi a comunicação visual dos pacientes em compreender quem estava executando o serviço uma vez que ambos estavam utilizando a mesma vestimenta. Nesse sentido pode-se perceber que a experiência e a qualidade no serviço poderiam ser repensadas uma vez que comprometem a experiência do paciente de COVID-19 que se encontra fragilizado.

Onde essa qualidade é mensurada pelo paciente através de dimensões como: confiabilidade na prestação de serviço; na segurança de prestar um serviço ou auxiliar um cliente de forma imediata; na receptividade na competência dos colaboradores; na empatia de se colocar no lugar do paciente e nos aspectos intangíveis relacionados a aparência das instalações físicas segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014, p 116-117).

Diante do exposto, é possível afirmar que os Hospitais privados aqui estudados, precisam se preocupar e analisar suas relações de hospitalidade com os pacientes de COVID-19, os acompanhantes e visitantes. Uma vez que essas relações devem integrar os serviços oferecidos a esses pacientes durante todo seu tempo de permanência na instituição.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com COVID-19 na percepção dos anfitriões nos hospitais vem a ser um tema inovador e ao mesmo tempo complexo de ser estudado, uma vez que as instituições de saúde aqui pesquisadas se encontram em suas atividades e atendendo os pacientes de COVID-19.

A presente pesquisa foi motivada pelo questionamento que consiste em analisar se a abordagem aos pacientes da COVID-19 contempla ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais das redes privadas, dessa forma identificou-se por meio das entrevistas que as ações de hospitalidade voltadas entre os colaboradores mediante a esse cenário de pandemia encontra-se atrelada a prestação de serviços. Entretanto a percepção dos hospitais entrevistados em relação a ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19 ainda é limitada, e não é trabalhada de forma que esse paciente em virtude de suas limitações sintam-se mais acolhido e assistido.

Por meio das análises desenvolvidas nessa pesquisa, observou-se ainda que o setor de hotelaria hospitalar não é responsável por atender e receber o paciente de COVID-19, pois em alguns hospitais estudados nessa pesquisa o setor de hotelaria hospitalar ainda se encontra em fase de criação e estruturamento e quem é responsável por receber esses pacientes é a equipe assistencial. De acordo com a temática discutida e analisada nessa pesquisa, as ações referentes a hospitalidade incluindo o receber e recepcionar devem ser executadas e assistida pela hotelaria hospitalar, sendo aplicadas por colaboradores de hospitalidade, pois essas ações constituem um dos objetivos da hotelaria hospitalar que está vinculada a hospitalidade, qualidade na prestação de serviços proporcionando aos clientes bem-estar, conforto e segurança.

Nesse sentido percebe-se que os hospitais privados de São Luís, analisados nesse estudo, não trabalham de forma eficaz as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19, não desenvolvem estratégias suficientes na prestação de serviços com esses pacientes. Portanto se faz necessário que haja mais preocupação na prestação de serviços com esses pacientes, pautados em hospitalidade e humanização.

Contudo, a pesquisa apresenta como limitação a dificuldade em ter acesso aos hospitais para a realização das entrevistas, pois em virtude da pandemia do COVID-19 esse acesso não foi permitido. Por conta dessa dificuldade as entrevistas ocorreram de forma remota pelas ferramentas digitais Google Meet, WhatsApp e Skype mediante a disponibilidade das gestoras.

Outra limitação da pesquisa foi a dificuldade para obter informações e dados dos hospitais aqui estudados, devido a poucas opções de fontes para busca dessas informações. Destaca-se que o hospital C não dispõem de um site que disponibilize esses dados sobre o respectivo hospital. Essas informações são pertinentes para que possa ser anexada na descrição dos locais pesquisados, dessa forma os dados contidos na descrição do hospital C são poucos e estão limitados apenas as informações disponibilizadas pela gestora entrevistada. Outra limitação foi o fato de ter só ouvido as gestoras e não os pacientes de COVID-19, o que seria fundamental para tentar compreender de forma mais eficaz as ações de hospitalidade que foram direcionados aos mesmos.

Por meio das entrevistas com as gestoras do setor responsável por atender os pacientes de COVID-19, nos hospitais privados de São Luís, foi possível atingir o objetivo geral estabelecido nessa pesquisa que constitui em analisar se a abordagem aos pacientes da COVID-19 contempla ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais das redes privadas. Bem como os objetivos específicos que consiste em: descrever a estrutura física e humana em hospitais das redes privadas; identificar os profissionais atuantes nas práticas assistências e de apoio junto aos pacientes de COVID-19; verificar os procedimentos de acolhimento, hospedagem, alimentação e entretenimento voltado aos pacientes de COVID-19.

Dessa forma foi possível identificar que quem teve mais contato desde do acolhimento aos pacientes de COVID-19 foi a equipe assistencial e não a hotelaria hospitalar, as gestoras entrevistadas compreendem a hospitalidade sendo esta entendida por elas como bom atendimento, a estrutura física confortável, prestação de serviço de forma mais rápida dando destaque para o atendimento. Destacam ainda que os principais serviços oferecidos a esses pacientes de COVID-19 foram os serviços assistências de atendimento de emergência nas unidades de internações- UI e unidades de terapia intensiva-

UTI. As mesmas entendem a importância da hospitalidade na instituição, porém de forma muito restrita aos que a hospitalidade de fato abrange.

Nesse sentido, acredita-se que a presente pesquisa se torna mais uma ferramenta que contribuirá para o desenvolvimento de melhores ações a serem executadas aos pacientes de COVID-19 nas instituições de saúde, o que acaba influenciando para a melhoria na prestação de serviços relacionados a outras possíveis pandemias, pois se percebe que não há uma preocupação clara na prestação de serviços de qualidade onde a hospitalidade na visão do anfitrião não são pensados em momentos como esses que podem surgir a qualquer momento. Mas de acordo com as questões levantadas nessa pesquisa fica evidente que os serviços de hospitalidade devem fazer parte dos protocolos e políticas das organizações de saúde em todos os momentos incluindo possíveis cenários pandêmicos e ou similares.

Diante do exposto, propõem-se a realização de futuros estudos relacionados as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com COVID-19 na percepção dos anfitriões nos hospitais. Espera-se que os próximos estudos sejam direcionados aos hospitais públicos e não somente privados, e seja feita uma possível análise comparativa entre ambos os modelos de gestão. Sugere-se também que os futuros estudos possam ouvir os pacientes para que suas respostas sejam comparadas e confrontadas com as dos profissionais das instituições para assim se ter um estudo mais profundo.

REFERÊNCIAS

ACHTERBERG, Carl. L. The meaning of food and nutrition in families with Young children: a study in social cognition. Ph.D. Thesis, Cornell University, 1986.

ALVES. Luís de Oliveira. **Principais Pandemias**. Info Escola, 2014. Disponível em: <https://www.infoescola.com/doencas/principais-pandemias/>. Acesso em 02 de abril de 2020.

ANDRADE, Ana Maria Florio de. Hospitalidade: acolhimento, atendimento e ambientação. São Paulo: SENAC, 2011

ARAGUAIA, Mariana. **Variola**. *Brasil Escola*. [2020?]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/doencas/variola.htm>. Acesso em 02 de abril de 2020.

AYER, Flávia. Paciente com COVID-19 celebra 81 anos com festa no CTI. **G1**, Belo Horizonte, 20 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/04/20/paciente-com-COVID-19-celebra-81-anos-com-festa-no-cti.ghtml>. Acesso em: 8 jun. 2020

BADDINI, Bruna; FERNANDES, Daniel. Primeira pessoa é vacinada contra Covid-19 no Brasil. **CNN Brasil**, São Paulo, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/01/17/primeira-pessoa-e-vacinada-contracovid-19-no-brasil>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BARIFOUSE, Rafael. Como o Brasil foi afetado pela pandemia de H1N1, a 1ª do século 21?. **BBC**, São Paulo, 25 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52042879>. Acesso em: 18 maio 2020.

BBC NEWS (BRASIL). Coronavírus: em 24h, Brasil registra 653 mortes e 15,8 mil novos casos. **BBC**, Brasil, 22 maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51713943>. Acesso em: 25 maio 2020.

BBC NEWS (BRASIL). Como países estão construindo hospitais gigantes às pressas por causa do coronavírus. **BBC**, Brasil, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-52114232>. Acesso em: 4 jun. 2020.

BBC NEWS (BRASIL). Os mapas mostram o avanço do coronavírus pelo mundo. **BBC**, Brasil, 25 fev. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51614703>. Acesso em: 18 maio 2020.

BBC NEWS (BRASIL). Reino Unido inicia vacinação em massa contra o coronavírus: como funciona e quem são os primeiros. **G1**, Brasil, 8 dez. 2020.

Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/12/08/reino-unido-inicia-vacinacao-em-massa-contr-o-coronavirus-como-funciona-e-quem-sao-os-primeiros.ghtml>. Acesso em: 8 dez. 2020.

BEATRIZ, Rebeca. Voluntários que faziam visitas em hospitais do AM passam a enviar vídeos de humor para alegrar pacientes durante pandemia. **G1 AM**, Amazonas, 24 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/29/voluntarios-que-faziam-visitas-em-hospitais-do-am-passam-a-enviar-ideos-de-humor-para-alegrar-pacientes-durante-pandemia.ghtml>. Acesso em: 6 jun. 2020.

BEZERRA, A, Silva, C.E.M, Soares, F.R.G, Silva, J.A.M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, abr. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-comportamento-da-populacao-durante-o-isolamento-social-na-pandemia-de-covid19/17551?id=17551>. Acesso em: 24 maio 2020.

BEZERRA, Sandra Regina Zúninga de Sousa. Apontamentos sobre hospitalidade, turismo e modernidade. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, Maringá, v. 12, n. 2, ed. 2, p. 335-345, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/issue/view/42>. Acesso em: 12 mar. 2020.

BIANCHINE, Guilherme. Contra coronavírus, infectologia orienta que idoso não mantenha contato com crianças. **Estadão**, Brasil, 10 de Mar. 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,veja-os-principais-cuidados-para-idosos-evitarem-o-coronavirus,70003226177>. Acesso em: 24 maio 2020.

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

_____. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Manole, 2008.

_____. **Hotelaria hospitalar**. São Paulo: Manole, 2011.

_____. **Hotelaria hospitalar: Implantação e gestão**. Curitiba: Inter Saberes, 2017.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia Básica. Tradução e revisão científica: Juraci A. Cesar. 2. ed. São Paulo: Santos Editora, 2010. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/volume-único/2017.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

BONITA, R. Epidemiologia básica / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010 213p. : il.

BRAGA, Sylmara Maria dos Santos. Entre miasmas, Bacilos, Unguentos e Rosários: A peste bubônica em São Luís na primeira Republica / Sylmara Maria dos Santos Braga, Sylmara Braga, 2017, 60 p.

BRASIL. Decreto lei nº 35.660, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre os procedimentos e regras para fins de prevenção da transmissão do COVID-19. São Luís, MA, p. 1-4, 16 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/wp-content/uploads/2020/03/DECRETO-35.660-DE-16-DE-MAR%C3%87O-DE-2020.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Governo do Maranhão. **Boletins COVID-19**, Maranhão, 14 jun. 2020. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/boletins-COVID-19/>. Acesso em: 14 junho. 2020.

_____. Governo do Maranhão. **Arquivos:** decretos e medidas do Governo do Maranhão com ações contra coronavírus, Maranhão, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=273276>. Acesso em: 15 junho.2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico. **Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil 2019:** Semanas Epidemiológicas 36 a 47 de 2019, Brasília: Ministério da saúde, v. 50, n. 37, p. 1-40, 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/16/Boletim-epidemiologico-SVS-37-interativo-final.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Corona vírus COVID-19:** O que você precisa saber, Brasília: Ministério da saúde: Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 maio. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sarampo:** sintomas, prevenção, causas, complicações e tratamento, Brasília: Ministério da saúde. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CÂNDIDO, Índio; MORAES, Ornélio Dias de; VIERA, Elenara Viera de. **Hotelaria Hospitalar:** um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde. Caxias do Sul: Educs, 2004.

CNN. Quase todos os países já registraram coronavírus e pandemia se acelera, diz OMS, **CNN brasil**, São Paulo, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/23/quase-todos-os-paises-ja->

registraram-coronavirus-e-pandemia-se-acelera-diz-oms. Acesso em: 29 maio 2020.

_____. Confirmada primeira morte por novo coronavírus no Brasil. **CNN Brasil**, São Paulo, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/17/confirmada-primeira-morte-por-novo-coronavirus-no-brasil>. Acesso em: 16 jun. 2020.

COSTA, Alexandre de Souza *et al.* **O uso do método estudo de casos na ciência da informação do Brasil**, Ribeirão Preto, v. 4, ed. 1, p. 49-69, 2013. Disponível em: <file:///D:/Downloads/59101-Texto%20do%20artigo-75920-1-10-20130722.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020

COSTA, Ligia Maria Cantarino; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Rev Pan-Amaz Saude**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 11-25, 2016. DOI 10.5123/S2176-62232016000100002. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

CASTRO, Rodrigo. Sorriso e foto ampliada em crachá: hospitais tentam quebrar distância criada por máscaras. **Epoca**, Rio de Janeiro, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/sorriso-foto-ampliada-em-cracha-hospitais-tentam-quebrar-distancia-criada-por-mascaras-24367798>. Acesso em: 6 jun. 2020.

CAVENAGHI, Airton José. **Marcel Mauss e a historiografia cultural: um resgate contemporâneo**. **Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo**, São Paulo, v. 10, n. 3, ed. 3, p. 459-474, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7784/rbtur.v10i3.1132>. Acesso em: 31 mar. 2020

DIAS, Maria Antonia de Andrade. **hotelaria hospitalar e sua relação com a preservação do meio ambiente**. O mudo da saúde. 2003.

DIAS, Sergio Roberto (coord.). **Gestão de marketing**. São Paulo: Saraiva, 2003.

DINIZ, Herika Fabricia de Moraes Aires. **Revisão Bibliográfica: O perfil do enfermeiro na gestão da hotelaria hospitalar e turismo de saúde**. 2015. 77 p. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Gestão de Saúde) - Pós-graduação da Universidade de Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13125/3/PDF%20-%20HERIKA%20FABR%C3%8DCIA%20DE%20MORAIS%20AIRES%20DINIZ.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

FITZSIMMONS, J. A, FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: Operações, estratégia e tecnologia da informação**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

FRÓES, Rafaelle. Restrição à circulação de pessoas, ao tráfego de carros e suspensão de atividades: como será o 'Lockdown' no Maranhão. **G1-MA**, São Luís - MA, 1 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/05/01/restricao-a-circulacao-de-pessoas-ao-trafego-de-carros-e-suspensao-de-atividades-como-sera-o-lockdown-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 26 maio 2020.

_____. Governo confirma o primeiro caso do novo coronavírus no Maranhão. **G1-MA**, São Luís, MA, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/03/20/governo-confirma-o-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas S/A. 2002.

GODOI, Adalto Félix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo**. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2004.

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

G1. Governo abre seletivo emergencial para contratar profissionais para combate ao novo coronavírus. **G1-MA**, São Luís, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/03/20/governo-abre-seletivo-emergencial-para-contratar-profissionais-para-combate-ao-novo-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 12 jun. 2020

_____. Governo anuncia o aluguel de 200 leitos para atender pacientes com COVID-19 no Maranhão. **G1 MA**, São Luís, MA, 21 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/04/21/governo-anuncia-o-aluguel-de-200-leitos-para-atender-pacientes-com-COVID-19-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 13 jun. 2020.

G1. Secretaria de Saúde restringe acesso de acompanhantes e visitantes em hospitais públicos. **G1-TO**, Tocantins, p. np, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/03/19/secretaria-de-saude-restringe-acesso-de-acompanhantes-e-visitantes-em-hospitais-publicos.ghtml>. Acesso em: 30 maio 2020.

GONÇALVES, Islaine Cristiane Oliveira; FERREIRA, Lissa Valeria Fernandes. Gestão de hotelaria hospitalar: percepções e fundamentos. *Revista Turismo, Estudos e Práticas*. Mossoró, Rio grande do Norte, v. 2, n 2, p. 154 – 173, jun./dez. 2013.

GRECO, Dirceu Bartolomeu; TUPINAMBÁS, Unaí. Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas. **Revista Méd de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 132-139, 3 jun. 2020. Disponível em: file:///D:/Downloads/v19n2a08.pdf. Acesso em: 3 jun. 2020.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8.ed. São Paulo: Record, 2004.

HAYS, John. *Epidemics and pandemics. Their impacts on Human History*. Austin, Texas: Fundação Kahle, 2005.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E. G. **Princípios de Marketing de Serviços**: Conceitos, Estratégias e Casos. São Paulo: Cengage Learning, 2003.

JORNAL NACIONAL. OMS reforça que medidas de isolamento social são a melhor alternativa contra o coronavírus. **Jornal Nacional**, Rio de Janeiro, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/03/30/oms-reforca-que-medidas-de-isolamento-social-sao-a-melhor-alternativa-contr-o-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 26 maio 2020.

KAHTALIAN, Marcos. *Marketing de serviços*. Coleção Gestão empresarial, Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus – AFESBJ / FAE Business School e da editora Gazeta do Povo, 2002

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. *Administração de marketing*. 12. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LASHLEY, C. MORRISON, A. **(Orgs) em busca da hospitalidade**: perspectivas para um mundo globalizado. Barueri, SP: Manole, 2004.

LIMA, Miguel *et al.* *Gestão de marketing*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços**: marketing e gestão. 6ª.ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

LOCKWOOD, Andrew; JONES, Peter. **Administração das operações de hospitalidade**. In: LASHLEY, Conrad e MORRISON, Alison (orgs.). Em busca da hospitalidade: perspectivas de um mundo globalizado. São Paulo: Manole, 2004.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MARQUES, Melissa; PINHEIRO, Mirian Teresinha. A influência da Qualidade da Hotelaria Hospitalar na contribuição da Atividade curativa do paciente. **Revista Anagrama**. Revista interdisciplinar de graduação. Ano 2. Edição 3. março - maio de 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/anagrama/article/view/35378>>. Acesso em 22 jun. 2020.

MATOS, Maurílio Castro. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**, [s. l.], p. 1-9, [2020?]. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.

MORAIS, Danielle. Palavras de conforto e superação chegam a pacientes com COVID-19 por meio das refeições. **Hospital Universitário da UFMA - HU-UFMA**, [S. l.], 9 abr. 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/noticia-aberta/-/asset_publisher/Zo21hrThpSTk/content/id/5115595/2020-04-palavras-de-conforto-e-superacao-chegam-a-pacientes-com-COVID-19-por-meio-das-refeicoes. Acesso em: 10 abr. 2020

MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. **Endemias e epidemias**: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 78 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3285.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

MOURÃO, Giovanni; RUBIM, Maíra. Visitas virtuais e corredor de aplausos: hospitais investem no acolhimento de pacientes internados com COVID-19. **O Globo**, Rio de Janeiro, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/bairros/visitas-virtuais-corredor-de-aplausos-hospitais-investem-no-acolhimento-de-pacientes-internados-com-COVID-19-1-24451354>. Acesso em: 8 jun. 2020.

MORETTI, Sérgio Luiz do Amaral *et al.* Qualidade Percebida Em Eventos: Uma avaliação dos frequentadores do 1º Festival de Botecos de Blumenau-SC. Turydes Revista Turismo y Desarrollo, 2013.

NAVAS, María Elena. Coronavírus: As 6 potenciais vacinas contra COVID-19 que já começaram testes em humanos. **BBC Brasil**, Brasil, 1 maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52507575>. Acesso em: 25 maio 2020.

OLIVEIRA, Ana carolina; SANTOS, Marcia maria Cappellano dos. **No panorama conceitual da hospitalidade, a presença de novos aportes teóricos**. In: Semintur, nº. 6º, 2010, Caxias do SUL. Anais... Caxias do Sul: Programa de Pós-graduação em turismo e hospitalidade, 2010. p. 1-16. Disponível em: https://www.ucs.br/ucs/eventos/seminarios_semintur/semin_tur_6/arquivos/01/No%20panorama%20conceitual%20da%20hospitalidade.pdf. Acesso em: 3 jun. 2020.

OLIVEIRA, Calel de. *et al.* A hotelaria hospitalar com uma nova perspectiva de atuação em organizações de saúde. **Revista Turismo, Estudos e Práticas**, Mossoró, Rio grande do Norte, v.1, n 2, p. 191-209, jun./dez. 2012.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília (DF) 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 17 abr. 2020.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Surto de Cólera**: avaliar a resposta a um surto e melhorar a preparação. [S.l.] : Organização mundial da Saúde, 2006. 90 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43017/WHO_CDS_CPE_ZFk_2004.4_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 17 abr. 2020.

ORLANDO, Giovanna. COVID-19 satura sistemas de saúde e mundo corre atrás de soluções. **R7**, São Paulo, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.r7.com/internacional/COVID-19-satura-sistemas-de-saude-e-mundo-corre-atras-de-solucoes-26032020>. Acesso em: 4 jun. 2020.

OTOBONI, Jéssica. O que é o novo coronavírus e o que ele está causando no Brasil e no mundo. **CNN Brasil**, São Paulo, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/04/06/o-que-e-o-novo-coronavirus-e-o-que-ele-esta-causando-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em: 18 maio 2020.

Pennington H. Smallpox and bioterrorism. *Bull World Health Organ* 2003; 81:762- 7.

QUADROS, Alexandre Henrique de. A hospitalidade e o diferencial competitivo das empresas prestadoras de serviço. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 43-57, jan.-jun. 2011.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. *Linguagem Médica* Vol. 27(1): 153-155.jan-jun. 1998.

RODRIGUES, Letícia; MONTEIRO, Luiza. Conheça as 5 maiores pandemias da história: O coronavírus não é o primeiro causador de pandemias mundiais. Relembre outras doenças que mudaram os rumos da história da humanidade. **GALILEU**, Brasil, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2020/03/conheca-5-maiores-pandemias-da-historia.html>. Acesso em 02 de abril de 2020.

SANTOS, Iris Almeida *et al.* **As medidas de quarentena humana na saúde pública**: Aspectos bioéticos, Brasília, v. 8, ed. 2, p. 174-185, 2014. DOI 10.15343/1981-8254.20140802174185. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/155563/A05.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 22 de mar de 2021

SILVA, Daniel Neves. **Grandes epidemias da história**. *Brasil Escola*. [2020?] Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/curiosidades/grandes-epidemias-da-historia.htm>. Acesso em 08 de abril de 2020.

SILVA, MARIANNA PINHEIRO DA. **A HOSPITALIDADE NO CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO DO HOSPITAL DO ANDARAÍ - RJ**. NITERÓI: [s. n.], 2013. 105 p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1137/1/253%20-%20Marianna%20Pinheiro.pdf>. Acesso em: 6 maio 2020.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de Hotelaria Hospitalar**: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANÃO. **Projeto da UFMA promove a confecção de dez mil máscaras por costureiras da área Itaqui-Bacanga**. São Luís, 22 abr. 2020. Disponível em: <https://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/noticias/noticia.jsf?id=56101>. Acesso em: 25 maio 2020.

URDAN, André Torres. URDAN, Flávio Torres. **Gestão do composto de marketing**: visão integrada de produto, preço, distribuição e comunicação, estratégias para empresas brasileiras, casos e aplicações. São Paulo: Atlas, 2006, p. 340.

WADA, Elizabeth 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.

YIN, Robert K. Estudo de casos: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE – A Autorização para realização das entrevistas

Prezados (a) Sr (a) _____, agradeço a atenção e a contribuição para o desenvolvimento dessa pesquisa científica, orientada pelo Prof, Me. Ruan Tavares Ribeiro, para a obtenção do grau de bacharel em Hotelaria, da Universidade Federal do Maranhão.

Objeto de estudo da presente pesquisa são ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com COVID-19.

Quanto aos objetivos da pesquisa pretende-se: analisar as abordagens aos pacientes da COVID-19 e ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais de redes particulares em São Luís do Maranhão.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às práticas de hospitalidade na prestação de serviços oferecidos durante a pandemia do COVID-19.

Solicita-se autorização para gravar o conteúdo da entrevista, na certeza de que a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, de acordo com sua determinação.

Após a entrevista, os dados serão transcritos, analisados e publicados. Por isso, também solicita-se a autorização para utilizar o áudio em apresentações, eventos, e outras publicações científicas.

Para andamento do projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos, assine e date este documento.

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas.

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. **Porém solicito que meu nome e do hospital não sejam citados no trabalho.**

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. **Porém solicito que nenhum dos nomes ou instituições por mim mencionadas sejam citadas no trabalho.**

Ciente: _____ Data: / /

Comprometo-me, finalmente, a enviar uma cópia desse termo (com assinatura, os dados documentais e o número de telefone do pesquisador, bem como do orientador do projeto) para seu controle e a fim de que eventuais dúvidas sejam sanadas a qualquer momento.

Agradeço e subscrevo-me. Atenciosamente:

Camila Serra Gusmão Celular: (98) 981828651/ CPF: 607376733-11
Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

APÊNDICE – B Categorização

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DESCRIÇÃO
Identificação do entrevistado	Formação	Formação do entrevistado.
	Cargo atual e exercido	Cargo que o entrevistado ocupa atualmente e cargo que o exercia antes.
	Tempo de trabalho	Tempo de trabalho na empresa.
Informação do hospital	Setor de Hotelaria Hospitalar/ Humanização/Hospitalidade	Identificar a existência de um setor específico de Hotelaria Hospitalar/ Hospitalidade e Humanização.
	Número de colaboradores	Compreender quais funcionários (perfil, função, média de idade, setores em que atuam) assistências e de apoio -prestaram atendimento aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.
	Modificações na infraestrutura frente à pandemia do COVID19	Identificar quais foram as principais modificações na infraestrutura para atender aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.
		Identificar modificações na infraestrutura, voltada aos colaboradores (assistenciais e de apoio), que cuidaram dos pacientes com COVID-19.
		Identificar ações do hospital voltadas ao atendimento das necessidades dos colaboradores no momento da pandemia (testes rápidos, mudanças nas escalas de trabalho, preocupação com novos procedimentos).
Hospitalidade	Existência da relação de hospitalidade	Analisar a percepção do entrevistado em relação a hospitalidade. Qual o entendimento do entrevistado em relação a um conceito de hospitalidade.
		Identificar relação de hospitalidade antes e durante a assistência/apoio aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.
		Identificar relação de hospitalidade entre os colaboradores antes e durante a assistência de pacientes de COVID-19.

	Ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19	Sob a perspectiva do acolher, hospedar, alimentar e entreter , identificar as principais ações de hospitalidade direcionadas aos pacientes com COVID-19.
	O setor de Hotelaria Hospitalar/Humanização/Hospitalidade no papel de anfitriã ou hospede.	Identificar de que forma o setor de Hotelaria Hospitalar/Humanização/Hospitalidade, diante das relações de hospitalidade, assume o papel de anfitrião ou hospede .
Serviços	Prestação de serviços	<p>Identificar os principais serviços prestados aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.</p> <p>Identificar diferenças nos serviços prestados aos pacientes de COVID-19 em Unidades de intenções - UI e Unidade de terapia intensiva – UTI.</p> <p>Identificar possíveis modificações (tangíveis e intangíveis) relacionados a prestação dos serviços oferecidos aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.</p> <p>Descrever os principais serviços oferecidos aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes, durante todo seu tempo de permanência no hospital (momento da chegada, momento do paciente internado e momento da alta).</p> <p>Identificar se as equipes assistenciais de apoio obtiveram treinamentos específicos ao acolhimento/tratamento de pacientes com COVID-19.</p>

APÊNDICE – C Roteiro de Entrevista

Foi realizada a entrevista com gestores responsáveis pelos setores de hospitalidade, humanização e hotelaria hospitalar nos hospitais selecionados para a pesquisa da cidade de São Luís, Maranhão. As identificações e informações dos hospitais e profissionais não são identificados. O roteiro de entrevista apresenta os seguintes itens:

1. Identificação do entrevistado: cargo, tempo de trabalho, cargos exercidos e formação.
2. Informação do hospital: setor de hotelaria hospitalar, humanização e hospitalidade, número de colaboradores modificações na infraestrutura frente a pandemia do COVID-19.
3. Analisar a existência das relações de hospitalidade: percepção do entrevistado sobre hospitalidade, analisar as relações de hospitalidade antes e durante a assistência de apoio aos pacientes de COVID-19 e entre os colaboradores.
4. Identificar as ações de hospitalidade voltadas aos pacientes de COVID-19 sob a perspectiva do acolher, hospedar alimentar e entreter.
5. identificar de que forma os setores de hotelaria hospitalar, humanização e hospitalidade assumem o papel de anfitrião ou hospede.
6. identificar os principais serviços prestados aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.
7. identificar as diferenças nos serviços prestados a pacientes de COVID-19 em enfermarias e unidade de terapia intensiva – UTI.
8. identificar as modificações tangíveis e intangíveis relacionados a prestação de serviços aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes.
9. Descrever os principais serviços oferecido aos pacientes de COVID-19, acompanhantes e visitantes durante todo seu momento de permanência na instituição.
10. identificar a existência de treinamentos específicos obtidos pelas equipes assistenciais e de apoio voltados ao acolhimento e tratamento de pacientes com COVID-19.

APÊNDICE D – Síntese das Entrevistas

Hospitalidade Serviços	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Visão de anfitrião e hospede	Anfitriã quando se está conectado com a visão da empresa e por fazer parte dela; e hospede quando está insatisfeita com o trabalho.	Anfitriã quando exerce seu papel de hotelaria visitando paciente; e hospede quando solicita um serviço a outro setor	Anfitriã quando está com acompanhantes e pacientes; hospede quando recebe a ouvidoria na instituição
Acolher; hospedar; alimentar e entreter	<p>Acolher: liberação de acompanhantes na UTI; interação de equipe medica através de ligações e vídeos.</p> <p>Hospedar: velocidade do hospedar em estrutura nova.</p> <p>Alimentar: sobrecarga na enfermagem; adaptação de cardápios e serviço de nutrição a disposição.</p> <p>Entreter: Tv a cabo e aberta, internet, vídeos motivacionais e frases.</p>	<p>Acolher: Interação entre paciente e familiares por ligações com a equipe assistencial.</p> <p>Hospedar: Ala específica organizada e confortável. Alimentar: Contratação de copeira, sobrecarga da enfermagem</p> <p>Entreter: Foi voltado para os colaboradores e não para os pacientes.</p>	<p>Acolher: Mídias internas apresentando informações sobre o COVID-19 aos colaboradores.</p> <p>Hospedar: Presença de acompanhantes e contaminação dos mesmos. Alimentar: Consultas via telefônica e serviço de copa para entrega as refeições.</p> <p>Entreter: ações da psicologia: dinâmicas, algumas poesias por telefone, e fisioterapia nos apartamentos.</p>
Momento chegada; paciente internado e alta	<p>Chegada: Atendimento rápido</p> <p>Paciente internado: Assistência da equipe medica e várias especialidades</p> <p>Alta:</p>	<p>Chegada: Triagem triagem da equipe assistencial, serviço de transporte intra-hospitalar; apresentação de</p>	<p>Chegada e paciente internado: assistência da equipe assistencial</p> <p>Alta: orientações sobre a permanência de isolamento,</p>

	orientações pós-alta referentes as medicações futuras, telemedicina, tele dúvida.	serviços da hotelaria hospitalar disponível. Paciente internado: serviços assistenciais até sua saída Alta: transferência de pacientes com a ajuda do serviço dos auxiliares de transporte intra-hospitalar na sua saída	sobre a propagação e contágio da doença, os cuidados com a alimentação.
Aspectos tangíveis e Intangíveis	Tangíveis: equipamentos de proteção individual, a cor a velocidade da troca do enxoval intangíveis: acordos com outras instituições para permanência exclusiva de colaboradores, o olhar, o tom de voz e a fala.	Tangíveis: Cuidado com o residuo gerado intangíveis: trabalhos de aconselhamento e orientação dos nossos colaboradores.	Tangíveis: Modificações nos equipamentos de proteção individual e em relação a alguns procedimentos relacionados as vias respiratórias como as intubações intangíveis: comunicação visual relacionado ao fardamento dos profissionais
Momento da morte	Abertura de um novo morgue; parada das funerárias as 17:00	Presença da assistência social para orientar familiares; morgues fechados	Nova estrutura; reconhecimento de pacientes e por familiares através de fotos; inexistência do momento de luto.

APÊNDICE E – Autorização para realização das entrevistas

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Prezados (a) Sr (a) [REDACTED] agradeço a atenção e a contribuição para o desenvolvimento dessa pesquisa científica, orientada pelo Prof. Me. Ruan Tavares Ribeiro, para a obtenção do grau de bacharel em Hotelaria, da Universidade Federal do Maranhão.

Objeto de estudo da presente pesquisa são ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com covid-19.

Quanto aos objetivos da pesquisa pretende-se: analisar as abordagens aos pacientes da COVID-19 e ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais de redes particulares em São Luís do Maranhão.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às práticas de hospitalidade na prestação de serviços oferecidos durante a pandemia do COVID-19.

Solicita-se autorização para gravar o conteúdo da entrevista, na certeza de que a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, de acordo com sua determinação.

Após a entrevista, os dados serão transcritos, analisados e publicados. Por isso, também solicita-se a autorização para utilizar o áudio em apresentações, eventos, e outras publicações científicas.

Para andamento do projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos, assine e date este documento.

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas.

Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. **Porém solicito que meu nome e do hospital não sejam citados no trabalho.**

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. **Porém solicito que nenhum dos nomes ou instituições por mim mencionadas sejam citadas no trabalho.**

Ciente: [REDACTED] Data: 24/08/2020

Comprometo-me, finalmente, a enviar uma cópia desse termo (com assinatura, os dados documentais e o número de telefone do pesquisador, bem como do orientador do projeto) para seu controle e a fim de que eventuais dúvidas sejam sanadas a qualquer momento.

Agradeço e subscrevo-me. Atenciosamente:

Camila Serra Gusmão

Camila Serra Gusmão, Celular: (98) 981826651/ CPF: 807378733-11

Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

APÊNDICE F – Autorização para realização das entrevistas**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

Prezados (a) Sr (a) _____, agradeço a atenção e a contribuição para o desenvolvimento dessa pesquisa científica, orientada pelo Prof. Me. Ruan Tavares Ribeiro, para a obtenção do grau de bacharel em Hotelaria, da Universidade Federal do Maranhão.

Objeto de estudo da presente pesquisa são ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com covid-19.

Quanto aos objetivos da pesquisa pretende-se: analisar as abordagens aos pacientes de COVID-19 e ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais de redes particulares em São Luís do Maranhão.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às práticas de hospitalidade na prestação de serviços oferecidos durante a pandemia do COVID-19.

Solicita-se autorização para gravar o conteúdo da entrevista, na certeza de que a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, de acordo com sua determinação.

Após a entrevista, os dados serão transcritos, analisados e publicados. Por isso, também solicita-se a autorização para utilizar o áudio em apresentações, eventos, e outras publicações científicas.

Para andamento do projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos, assine e date este documento.

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas.

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. Porém solicito que meu nome e do hospital não sejam citados no trabalho.

() Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. Porém solicito que nenhum dos nomes ou instituições por mim mencionadas sejam citadas no trabalho.

Ciente: _____ Data: 29 / 08 / 2020

Comprometo-me, finalmente, a enviar uma cópia desse termo (com assinatura, os dados documentais e o número de telefone do pesquisador, bem como do orientador do projeto) para seu controle e a fim de que eventuais dúvidas sejam sanadas a qualquer momento.

Agradeço e subscrevo-me. Atenciosamente:

Camila Serra Gusmão
Camila Serra Gusmão, Celular: (98) 981828651/ CPF: 607376733-11
Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

APÊNDICE G – Autorização para realização das entrevistas

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Prezados (a) Sr (a) [REDACTED] agradeço a atenção e a contribuição para o desenvolvimento dessa pesquisa científica, orientada pelo Prof. Me. Ruan Tavares Ribeiro, para a obtenção do grau de bacharel em Hotelaria, da Universidade Federal do Maranhão.

Objeto de estudo da presente pesquisa são ações de hospitalidade voltadas aos pacientes com covid-19.

Quanto aos objetivos da pesquisa pretende-se: analisar as abordagens aos pacientes da COVID-19 e ações de hospitalidade na visão do anfitrião de hospitais de redes particulares em São Luís do Maranhão.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às práticas de hospitalidade na prestação de serviços oferecidos durante a pandemia do COVID-19.

Solicita-se autorização para gravar o conteúdo da entrevista, na certeza de que a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, de acordo com sua determinação.

Após a entrevista, os dados serão transcritos, analisados e publicados. Por isso, também solicita-se a autorização para utilizar o áudio em apresentações, eventos, e outras publicações científicas.

Para andamento do projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos, assine e date este documento.

Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas.

Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. **Porém solicito que meu nome e do hospital não sejam citados no trabalho.**

Autorizo a gravação da entrevista relacionada acima, assim como a utilização das imagens, sons da mesma em apresentações, eventos e publicações científicas. **Porém solicito que nenhum dos nomes ou instituições por mim mencionadas sejam citadas no trabalho.**

Ciente: [REDACTED] Data: 12/10/2021

Comprometo-me, finalmente, a enviar uma copia desse termo (com assinatura, os dados documentais e o numero de telefone do pesquisador, bem como do orientador do projeto) para seu controle e a fim de que eventuais duvidas sejam sanadas a qualquer momento.

Agradeço e subscrevo-me, Atenciosamente:

Camila Serra Gusmão

Camila Serra Gusmão, Celular: (98) 981828651/ CPF: 607376733-11

Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

APÊNDICE H – Transcrição de Entrevista

Transcrição de entrevista com a Gerente de Qualidade e Experiencia do Paciente - Hospital A

Transcrição de entrevista com a Gerente de Qualidade e Experiencia do Paciente - Hospital A

Pesquisadora: Bem, a pesquisa está dividida em 4 partes, no primeiro momento eu vou querer saber um pouco sobre você, lembrando que nem o seu nome e nem o nome da instituição eu vou citar na pesquisa, não terá citação dos nomes de vocês, depois vou querer saber um pouco sobre as características do hospital, do setor em que você trabalha, depois falaremos um pouco sobre hospitalidade e por fim abordaremos sobre a prestações de serviços voltados aos pacientes acometidos com COVID-19, os visitantes e acompanhantes. A primeira pergunta que te faço é qual seu cargo?

Gerente hospital A: Eu sou gerente de qualidade e experiencia do paciente do hospital.

Pesquisadora: Qual é a sua formação e o cargo que você exercia antes?

Gerente hospital A: Bem meu nome é [REDACTED], eu estou na instituição a 15 anos, eu entrei inicialmente como estagiaria a um tempinho atrás e já passei por inúmeros cargos na instituição. Minha formação básica de graduação é enfermagem eu sou enfermeira de formação, nesse percurso eu fui me especializando em gestão, em auditoria em saúde, me tornei avaliadora de sistema de saúde é... da ONA, Canadense entre outras. É... atualmente eu presido uma sociedade nacional, a sociedade brasileira de enfermagem em terapia intensiva que é a minha outra especialidade. Então minhas duas maiores especialidades é a terapia intensiva e a gestão da segurança qualidade e experiencia do paciente. Na instituição eu já passei por vários setores como coordenadora, coordenadora da UTI por muitos anos, coordenei a emergência antes de 2010, coordenei o serviço de cardiologia e hemodinâmica, depois que é... da UTI que eu sai em tempo mais recentemente no último ano eu assumi a coordenação da qualidade assistencial e no início desse ano, janeiro desse ano

eu assumi a gerencia da qualidade é... da qualidade como todo ampliando ai os aspectos da experiencia do paciente.

Pesquisadora: Qual é a interface do setor de qualidade com o setor de hospitalidade, humanização atendimento de fato com o paciente?

Gerente hospital A: Então, dentro do escopo que nos desenhamos a qualidade em si ela é responsável por garantir que os fluxos eles existam, primeiro se então a gente vai montar estamos na finalização do monutário, estamos no projeto piloto da central de hospitalidade, então a qualidade desenha faz a interferência com todos os setores que estão envolvidos, serviço e nutrição; gestão de vagas; gestão de maqueiros; as pessoas que são é... serviços de atendimento. Então as equipes, a gente faz uma interface o que a gente chama de interação de processos, garante que os fluxos sejam desenhados e depois que eles implantados sejam treinados e auditados. Dentro dessa configuração agente das de trazer a experiencia do paciente para gestão de qualidade, nós incluímos vinculadas a á essa gerencia o setor de humanização próprio de humanização, e existe um grande projeto em andamento que foi interrompido no momento da pandemia ele comum todo, apenas algumas esferas são possíveis ser implantada..., mas o projeto retomado ele tem ai nove esferas importantes pra atender a experiencia do paciente. E um ponto importante da experiência do doente é a hospitalidade né... então a hospitalidade ela entra como um cargo forte pra que sua experiencia da pessoa do paciente, do colaborador ou do acompanhante ao estar na instituição ele tenha uma experiencia satisfatória.

Pesquisadora: Certo, é muito interessante essa questão dos fluxos onde percebemos que faz diferenças no atendimento de pacientes e experiencia de forma geral, como pude observar você citou os setores de humanização, hospitalidade e de acolhimento presentes. Sim

Gerente hospital A: São dois setores diferentes tá.

Pesquisadora: Sim

Gerente hospital A: A central hospitalidade ela vai estar...na coordenação da central da coordenação de hospitalidade, nós temos uma coordenação de hospitalidade. No projeto de experiencia agente está fazendo um modelo de hierarquia é... como é que eu falo, não é um modelo tradicional vertical, a gente está fazendo um modelo em aranha onde eu conduzo o projeto e aqui eu tenho várias pessoas que não necessariamente são ligadas hierarquicamente a mim,

mas para execução da experiência está conectada com essa gerência. Então por exemplo para esse projeto de experiência a hospitalidade está conectada a gente.

Pesquisadora: Quantos colaboradores tem no seu setor?

Gerente hospital A: É... deixa eu somar aqui, a gente tem aí o sami que da baixa quarenta mais só qualidade agente tem...é por que na realidade tem sete áreas sobre a minha gerência né. Então deve ter uns quarenta, mais uns dez, mais uns cinco, mais oito. Talvez sessenta? Sessenta pessoas, sessenta pessoas em média.

Pesquisadora: É você pode me dizer é quantas pessoas, quantos colaboradores desses estão diretamente direcionadas seja ele da equipe assistencial ou de apoio, que estão ligados diretamente com os pacientes de COVID-19?

Gerente hospital A: Na realidade da minha área veja só, a gente tem mais de três mil colaboradores, desses três mil fora o corpo clínico, fora a equipe médica a gente teve mais de mil pessoas ligadas diretamente ao atendimento do COVID. Então para tirar uma noção temporal pra nós a crise começou em março nosso primeiro paciente, e a gente fechou o ambulatório do COVID ontem né, então a gente já uniu as emergências, a gente já fechou várias UTI'S COVID, então a gente está nesse momento em decréscimo mas no momento pior, primeira semana de maio, última semana de abril, primeira semana de maio, toda minha equipe que é equipe de apoio como a gente tem bastante gente de formação assistencial e de formação assistencial em doente grave, nós remanejamos as funções de todo mundo, a gente foi cuidar de doente. Né, apesar de nossa função ser apoio a quem cuida, apoio com fluxos com processos no momento pior da pandemia todo mundo foi para área assistencial. Então por exemplo, a educação assistencial que passo pela nossa gerência, a equipe toda foi fazer em loco com plantão noturno, plantão diurno por inúmeras circunstâncias. Então há... mensuração direto da minha área não é tão grande, mas institucionalmente a gente passava de mais de mil e quinhentas pessoas é cuidando diretamente desses pacientes.

Pesquisadora: Quem eram esses colaboradores? eram médicos, eram enfermeiros?

Gerente hospital A: Minimamente agente sempre teve médicos e aí esses mil e quinhentos está fora a equipe médica, isso são colaboradores direto, mas médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem. E a gente passou um período no início da pandemia até que tudo fosse se ajustando, a gente fazia remotamente com o paciente atendimento da psicologia, do serviço social é... dá fonoaudiologia, de outros membros da equipe multi nutricionista. E aí com a melhoria da segurança entendendo melhor a patologia, esses profissionais depois passaram a atender diretamente os pacientes. Fora que tem toda equipe de laboratório, na realidade é uma multidão de gente que tá diretamente ou organizando estrutura para isso, a gente montou um comitê de crise um comitê muito estruturado aberto com contato direto com assistência, para que nada faltasse a assistência, as correções fossem feitas de forma rápida e assim foi como nos conduzimos.

Pesquisadora: Vocês tiveram que contratar mais profissionais, ampliar a equipe?

Gerente hospital A: Sim, as contratações temporárias elas foram necessárias não por causa... não porque nós não tínhamos contingente, é que a quantidade de absenteísmo devido a pandemia, aí as nossas recomendações minimamente já afasta o colaborador, se ele teve uma sensação de dor de cabeça, uma sensação de gripe esse colaborador já era recomendado a não está na área laboral, a gente teve um absenteísmo muito grande e... a gente foi se preparando para que o momento mais pesado, a gente tivesse ainda minimamente duzentos colaboradores temporários foram incorporados a equipe.

Pesquisadora: Ainda sobre esses colaboradores eu gostaria de saber mais um pouco sobre o perfil desses funcionários, é tendo em vista as restrições da pandemia de forma geral e também tendo em vista que muitos hospitais liberaram os funcionários com mais idade por conta do vírus. Eu queria te perguntar se esses colaboradores eram mais jovens?

Gerente hospital A: Na realidade é o seguinte é... infelizmente colaboradores que tem experiências e que é trabalham com doentes graves, eles estão empregados né. Então a gente teve bastante dificuldade de encontrar pessoas com experiência a maioria são pessoas, ou mais jovens ou que não tiveram... como é que posso dizer, que estavam disponíveis no mercado por uma formação menos agressiva, pós-graduação, pós-curso de formação técnica eram as

equipes que estavam disponíveis no mercado. Então para corrigir esse déficit do mercado, nós tivemos que organizar um modelo de educação full muito direcionado para gente trazer... é garantir a segurança dos nossos pacientes.

Pesquisadora: Você poderia e dizer qual era a faixa etária de idade, desses profissionais?

Gerente hospital A: Na verdade, como te coloquei tivemos uma equipe bem híbrida tanto com jovens e mais velhos.

Pesquisadora: E em relações aos acompanhantes e os visitantes, como é que vocês agiram mediante a essa pandemia, abriram pra visitas?

Gerente hospital A: Olha por recomendação do próprio Ministério da saúde da OMS, os inícios das internações nós vivemos uma coisa muito do passado que era não ter acompanhantes. Então para equipe foi muito ruim, porque era uma recomendação inicial. Como eu falei com a segurança do que a gente estava conhecendo foi que a gente foi remodelando... os fluxos eram remodelado diariamente, o que a gente falou de verdade ontem hoje já não era, então a velocidade de mudança de conceito sobre o COVID-19, a forma de condução, quem deveria usar o que, começamos dizendo que todo mundo usaria N95 depois a gente viu que não era assim, tinha que usar... algum grupo usa máscara cirúrgica, outros grupos N95 e outros tecidos, depois a gente já mudou entendendo que poderia até ter gente na instituição usando máscara de tecido até também como uso racional do recurso, então é muitos conceitos mudados e uma delas foi o acompanhante né. Hoje na nossa área COVID que ainda tem alguns remanescentes, a gente já tem acompanhantes, e mesmo no início da pandemia isso não foi possível.

Pesquisadora: Quantos leitos vocês tinham antes?

Gerente hospital A: Nós tínhamos em média trezentos e quatro ou trezentos e vinte quatro leitos, nós chegamos a trezentos e oitenta cinco leitos, nós subimos muito a quantidade de... assim para você entender abrir dez leitos de UTI é uma coisa surreal, dez leitos de UTI a gente abriu.... agente tem seis UTI'S nós abrimos mais uma de vinte e um e depois mais uma de dezesseis, e das seis três foram alocadas exclusivas para cirúrgico, para paciente COVID. Então na final são cinco, seis UTI'S apenas COVID, então foi extremamente exaustivo, extremamente desafiador e o fato de termos uma equipe altamente comprometida facilitou o trabalho.

Pesquisadora: Ainda sobre esses leitos, quantos leitos vocês tiveram que criar a mais, readaptar?

Gerente hospital A: Trezentos e oitenta e cinco menos trezentos e vinte mais ou menos, né então deixa eu ver a conta aqui.... aproximadamente pelo menos setenta leitos.

Pesquisadora: Ok, vocês tiveram que criar novas salas, novos espaços?

Gerente hospital A: Na realidade nós dividimos o hospital em dois né, a gente tinha uma área que estava em construção uma área nova, e a gente quando percebeu que a pandemia ia chegar, nós tínhamos que adaptar rapidamente uma estrutura e o hospital ficou dois. Um hospital absolutamente separado para paciente COVID desde da emergência, radiologia, ressonância absolutamente separada, internação, UTI, centro cirúrgico. E uma área do paciente não COVID não gripado, então a gente reestruturou toda instituição nós ficamos com dois hospitais sem nenhum contato físico entre essas áreas é... pra atender nosso paciente COVID. Então desde a emergência, unidade de internação, UTI, Centro cirúrgico tudo que era realmente indicado.

Pesquisadora: E em relação aos colaboradores, criou-se novos espaços? Readequaram novos? Pensou-se em alguma coisa diferente para eles é no caso sejam eles enfermeiros, médicos?

Gerente hospital A: É em que aspecto?

Pesquisadora: Da infraestrutura, dos espaços.

Gerente hospital A: Sim, para cada área, para cada área aberta, cada andar, cada bloco de leito, a gente tinha uma estrutura diferente de repouso, de estar, de copinha. Então agente por exemplo, em vez de abrir... digamos assim se eu ia abrir vinte leitos, eu abria pelo menos dezenove e dezoito porque dois deles eram para criar uma área de estar para equipe que estivesse, e isso em todas as áreas da instituição, UTI, emergência, é... centro cirúrgico e nas unidades de internação, todos passamos por muito cuidado e critério porque essa equipe é uma equipe que chegava à exaustão muito rapidamente. Precisou está bastante amparada e cuidada para isso.

Pesquisadora: O hospital em si, criou ações voltadas para essas necessidades dos colaboradores no momento da pandemia?

Gerente hospital A: Foram feitas inúmeras atividades assim olha.... é muitas situações desde o fluxo relacionado a entrada desse colaborador para ele entra

com segurança, uma normativa de como ele deveria se cuidar em casa, aqui os seus cuidados. Dispensação de roupas privativa para todos eles aqui, além dos equipamentos de proteção individual, a possibilidade dele tomar banho aqui antes de ir para casa, com dispenses de toalhas, sabonetes... o fluxo de atendimento dele caso ele adoecesse, o monitoramento dele na chegada da instituição, se ele já estava sem febre, com febre, se ele já tinha febre se não então existia toda uma... foi criado várias situações para que esse colaborador ele se sentindo mais seguro. E além disso, também aspectos de humanização.

Pesquisadora: Quais aspectos de humanização foram esses?

Gerente hospital A: É muito difícil falar de humanização no período onde você entra num plantão e sai do jeito que entrou, sem repousar muito, sem... porque o doente não deixa isso acontecer pela gravidade do doente né, ou pela quantidade disso apesar do dimensionamento adequado, é que esse doente foi um doente diferente, esse doente é um doente muito grave, muito demandante. Então é... essa equipe a gente tentava fazer intervenções de humanização com o colaborador, que o impacto ele era bem muito... porque depois o impacto que vinha mesmo era do cansaço de ter visto os pacientes piorar tão rapidamente, é... apesar de muita recuperação de doente, a gente também passou por muitas situações de perder doentes e as vezes conhecidos, internar até membros da equipe. Então foi muito de fragilidade emocional muito grande, para todos que estiveram envolvidos no cuidado desse paciente.

Pesquisadora: Sim, eu compreendo como se deve ter se dado tudo isso. Ainda sobre essas ações, o hospital disponibilizou testes rápidos para os colaboradores realizarem?

Gerente hospital A: No início não, porque a gente não tinha disponibilidade de teste nem para os pacientes né, isso foi em tempo muito recente é que nós tivemos aí a liberação com segurança de que não faltaria kit para os pacientes, que foi uma prioridade eu acho que você deve ter acompanhado, o Ministério da Saúde ele foi ali dando orientações paulatinas. É tanto que se liberou aí uma quantidade de testes onde a confiabilidade nem era tão alta, mas para garantir que os próprios pacientes tivessem testes né, então agora mais recente que com essa segurança a gente tem um direcionamento pra quem faz e quem não faz.

Pesquisadora: Sim, perfeito eu pude acompanhar nos jornais algumas dessas medidas e foi mais ou menos isso que aconteceu. Outra coisa ainda em relações

a essas ações, você citou que foram criadas várias ações voltadas para os colaboradores, eu gostaria de saber sobre os procedimentos de assepsia né, os processos, os protocolos voltados. Você poderia descrever alguns?

Gerente hospital A: Foram vários e eles como eu falei tinham revisões muito constantes, a gente fez...uma das ferramentas que nós utilizamos para chegar até o colaborador, a forma correta foi treinamento por EAD né, disponibilizando vários links, a gente fez vários vídeos junto da CCIH. E há... educação disparando e acompanhando, e depois auditando para saber se as pessoas tinham absorvidos, e se aquilo estava fazendo diferença no cuidado do paciente, no cuidado do colaborador. É... iai a gente foi fazendo várias dessas estratégias. É realmente de protocolos ao final da linha COVID, agente chegou a emitir mais de quarenta documentos... orientandos os cuidados com o colaborador, com o paciente, a gente trabalhou várias esferas de cuidado dentro do comitê de crise e tinha uma ala exclusiva para colaboradores com COVID.

Pesquisadora: Tiveram mudanças nas escalas, nas jornadas de trabalho?

Gerente hospital A: Durante a pandemia as contratações temporárias. A gente tentou fazer um regime de escala onde a gente chamava de frente de batalha, você ficava 24 horas direto, ia embora e passava vários dias em casa e depois vinha um outro frente de batalha também tinha sido uma recomendação. Não tivemos muito sucesso, isso deixou a equipe altamente é cansada, então nós voltamos pro modelo de escala convencional, manhã, tarde ou no máximo 12 horas e ele ser liberado para sua próxima jornada.

Pesquisadora: Agora eu gostaria de analisar a sua percepção sobre hospitalidade. O que que você entende sobre hospitalidade?

Gerente hospital A: A hospitalidade ela está muito relacionada com aquilo que o doente sentirá de acolhimento, hospitalidade ela traz... ela está muito relacionada sim com estrutura, estrutura física onde esse paciente, essas pessoas né estarão alojados. Então importa se o quarto é limpo, se o quarto é isso, isso já dá uma calma aí, uma sensação de bem-estar, então a hospitalidade do conceito físico ela impacta, mas a hospitalidade não é só estrutura física né? Como ela também se relaciona direto ai a nossa percepção de satisfação... a gente brinca né a hospitalidade ela impacta direto na experiencia é um ponto, como eu falei a estrutura e o outro ponto é o acolhimento inicial pela forma de tratativa, como ele é tratado, a facilidade que ele tem para

resolver problemas do seu momento dentro de uma estrutura física. Então olha, eu quero mudar isso quero falar com a nutrição, como é que estamos a nível de hospitalidade que eu consigo fazer isso ser resolvido de forma fácil, então a hospitalidade tá muito relacionada a estrutura física e a fluxos operacionais que vão garantir que esse doente, que agente seja hospitaleiro com ele né ele se sinta é... ele se sinta acolhido dentro da estrutura onde ele foi colocado.

Pesquisadora: É bem isso mesmo, o conceito de hospitalidade abrange o acolhimento, e a infraestrutura em que o paciente se encontra junto a seu acompanhante e visitante. Pensando nisso nesse pensamento que você tem sobre hospitalidade, você poderia comentar comigo que tipos de ações de hospitalidade você pode destaca que existem voltadas aos pacientes, acompanhantes e visitantes no hospital?

Gerente hospital A: Então, a gente tem nesse momento instaurada a central de hospitalidade para que esse paciente tenha um contato rápido e direto, para quando ele quer resolver problemas diretos ele tem... a gente tem um grupo de humanização onde além da própria equipe que cuida eu tenha alguém com outro olhar para ver coisas diferentes, então isso faz parte da hospitalidade, a gente tem um programa de desenvolvimento de colaboradores para que eu ele consiga ter essa percepção de hospitalidade, então também são ações para garantir a hospitalidade é... nós temos uma preocupação muito grande com a estrutura física, a estrutura física é... o hospital é muito bonito, principalmente as áreas mais novas, elas são áreas de muito acolhimento. Inclusive na terapia intensiva tem uma praça no meio da UTI pro doente grave sair e ficar dentro de uma praça né ao ar livre e tudo mais. Então é... são por exemplo, exemplos de ações de que eu posso te dar de coisas que são... e eu falo rápido, mas isso aí tem uma gama de situações a baixo para garantir que ela funcione né.

Pesquisadora: Você poderia me descrever essas situações?

Gerente hospital A: Então, existe um programa que a gente chama aqui que é SER HST SER Hospital [REDACTED] e colocar nossa identidade na nossa fala, é exibir nossos valores no nosso comportamento, isso é uma forma de garantir que o nosso colaborador seja hospitaleiro, isso dá bastante trabalho nem sempre a gente consegue, tem que rever e reajustar bastantes situações.

Pesquisadora: Sim, e com essa pandemia com a questão dos pacientes com COVID, tiveram modificações nessas ações? Se sim quais foram essas modificações.

Gerente hospital A: Várias modificações, primeiro porque a gente teve muita limitação... de fluxo né, de fluxo de pessoas então a humanização não conseguiu entrar diretamente para ver doente, a gente também teve que mudar também a estrutura física com a ampliação de leitos e também adequação de estrutura física para isolar um grupo de pacientes, abertura de elevadores específicos para garantir fluxo, atendimento da psicologia que ficou por vídeo conferencia, reunião com a família por vídeo conferencia. Então varias... situações, reuniões diárias para entender como é que estava a experiencia doente como é que estava as reclamações do saque, e isso as reclamações e as manifestações que também tinham manifestações elogiosas, então a escuta do cliente ele se tornou ainda mais premente uma vez que eu não estava com a família aqui né. Então a escuta da família também fez bastante diferença aí, acho que essa são algumas das ações que a gente pode citar. Mas foram muitas assim, a gente se preocupa muito com a informação, até com a informação no leito para eles se sentir informados, o contato telefônico que ele pudesse ligar já que ele não podia circular, ele não podia sair do quarto para olhar as pessoas. Então esse paciente não podia ir no posto chamar a equipe, ele tinha que chamar pelo telefone ou pela campainha ou por qualquer estrutura, então muita informação foi deixada ali no quarto para que ele se sente-se amparado nesses momentos.

Pesquisadora: E você consegue identificar para mim essas relações de hospitalidade entre os colaboradores antes da pandemia?

Gerente hospital A: Não entendi

Pesquisadora: Essas ações que você acabou de citar.

Gerente hospital A: Antes da pandemia elas eram muito maiores, então tem o programa de humanização com o colaborador e com o paciente onde... esse paciente vai para sarau dentro do nosso solare... é ele faz pintura, ele tem a música do piano para ouvir, ele teria a condição de conversar com o médico dele no posto, fazer caminhada e com a pandemia isso não pode. Né, da mesma forma com os colaboradores, a gente tem uma capela dentro das unidades onde o colaborador fez muito uso nesse momento de pandemia, o paciente não, mas o colaborador acabou utilizando mais.

Pesquisadora: Bem, sobre a perspectiva do acolhimento desde o contato por telefone, a hospedagem, desde o alimentar e o entreter, quais as principais ações de hospitalidade foram direcionadas aos pacientes com COVID-19. Gostaria que você me descreva-se por etapa primeiro abordaremos o acolher.

Gerente hospital A: Então, uma coisa que foi do acolher, a UTI foi a primeira unidade onde liberamos acompanhante, é... muito frágil essa relação com o doente mais grave, então o primeiro dia sem acompanhantes começamos uma UTI que a muitos anos sem acompanhantes, foi traumático para todos. Então o primeiro local onde a gente reintegrou o acompanhante foi na Unidade de Terapia Intensiva, não foi na Unidade de Internação como a maioria pensa né. É... a gente organizou uma forma de que o médico entra-se em contato com a família, pelo menos uma vez ao dia por telefone fora das unidades, nos encontramos a psicologia que entrava em contato com o paciente por vídeo e com a família diariamente, porque o médico dá um tipo de informação a informação técnica, um outro tipo de informação é o que a psicologia faz como também o serviço de atendimento ao cliente. Então era feita uma ligação diária para esses pacientes, para esses familiares a nível de acolhimento.

Pesquisadora: E no hospedar?

Gerente hospital A: O hospedar desse paciente foi em uma melhor estrutura, porque... a estrutura nova da instituição ela é mais acolhedora, então uma coisa que nós tivemos que decidir foi onde acolher esse paciente melhor, onde hospedar esse paciente melhor, uma coisa que tínhamos que resolver. Então eles ficaram em uma área mais organizada da instituição, uma outra coisa do hospedar foi a velocidade do hospedar, evidenciar o menor tempo possível aguardando que ele fosse hospedado no seu leito definitivo né. Isso foi uma outra coisa que tivemos que mudar durante a pandemia, muitos pacientes não aguardaram a autorização do convenio para subir, porque tinha que tirar o paciente desse fluxo e ele fica hospedado mais rapidamente. Então do hospedar eu acho que isso foram coisas que a gente conseguiu organizar, transferência externa, velocidade... acho que a velocidade do fluxo foi uma das coisas que chamou bastante atenção.

Pesquisadora: E no alimentar?

Gerente hospital A: Então, a nutrição foi um desafio porque a copeira não podia mais entrar na área né? nesse período inicial de pandemia, então a enfermagem

ficou bastante sobrecarregada no receber e tal, reajustando ai papeis e responsabilidades e nós tivemos vários cardápios feito exclusivo para esse paciente, ele podia é ligar e falar com a nutricionista o tempo todo reajustar por telefone, não estava recebendo visita física. Então foi assim que nós acabamos reajustando a parte nutricional.

Pesquisadora: E no entreter, como é que foi?

Gerente hospital A: Essa foi o maior desafio né, então a estrutura já disponibiliza Tv a cabo com canais além da Tv aberta, cada quarto tem uma Tv é... Tv individualizada então, o paciente podia ter acesso a outros canais. Também ele tem acesso ao Wi-fi, então ele podia jogar, brincar e tal, ele recebia mensagens mandadas da psicologia, ou WhatsApp, vídeos também. O nosso marketing de comunicação em marketing atuou muito fazendo vídeos motivacionais para esse paciente, recebia frases se era dia do aniversário dele em uma bandejinha diferente, a pesar de todos os cuidados em emular uma frase diferente tentava-se fazer algo feito ai, qualquer coisa que a gente fosse animando melhor esse paciente.

Pesquisadora: Imagino que deva ter sido uma experiencia diferenciada no momento em que se encontrava, com a pandemia em si. Bem, existe uma autora nos estudos de hospitalidade e hotelaria que se chama Anne Gotman, e para ela a hospitalidade vem ser uma relação estabelecida entre dois protagonistas, aquele que recebe e é recebido, quem vem ser o anfitrião e o hospede. Por exemplo: quando você vem me visitar eu sou a anfitriã e você é minha hospede. Eu gostaria de saber em que momento no hospital, você sente anfitriã e hospede nas relações que você estabelece no seu dia-a-dia?

Gerente hospital A: Olha só, anfitriã a gente se sente quando você tá conectado com a visão da empresa, quando você se sente parte é... do todo você entende que aquilo é seu, você é dono do seu compartimento, você é dono da instituição né, você é um empreendedor junto com a instituição que você trabalha, então nós nos sentimos sempre o anfitrião. Então quando alguém não está satisfeito a gente fica muito triste com isso, tenta correr atrás porque aquilo te feri e você não vai saber o alguém dentro né, então cada paciente que chega a gente se sente anfitrião e responsável para que ele tenha, a melhor experiencia que ele se sinta satisfeito, que isso para ele seja extremamente agradável. Da mesma forma que quando ele tá feliz, que ele resume a aquele anfitrião huu! Que bom,

deu tudo certo, minha visita ficou né, iai a gente até posta nas redes sociais. E a gente se sente o hospede quando você tem essa relação de que a casa é sua, você raramente se sente hospede, porque a sua visão é outra né. A sua visão é de que eu faço parte disso, então é um pouco diferente essa relação. É... e eu acho talvez os momentos onde a gente acaba se sentindo hospede é quando você está passando por um momento de insatisfação pessoal que todo mundo passa dentro de sua relação de trabalho e de vez em quando você se comporta como hospede, é o que reclama, é o que quer pedir um pouco mais, ou né que elogia a relação. Mas a maior parte do tempo você se ver mesmo é como o cara que tá recebendo as pessoas, que é anfitrião que faz aí toda a diferença para que o hospede se sinta extremamente à vontade.

Pesquisadora: Eu gostaria de saber agora dos serviços prestados, quais foram os serviços que foram prestados para os pacientes com COVID-19, acompanhantes e visitantes?

Gerente hospital A: Quais serviços, como assim? Porque foram serviços assistenciais de atendimento de emergência, atendimento de internação clínica, atendimento de terapia intensiva, de centro cirúrgico, das várias especialidades que esse cliente tivesse necessidades, esses serviços assistenciais foram prestados... neurocirurgia, hemodinâmica. Então todo suporte de farmácia e todo suporte de atenção de enfermagem que esse doente precisou, ele teve acesso aí durante todo esse processo pandemia, isso serviços assistenciais. Como também foi oferecido para ele telemonitoramento pós-alta, esse paciente era acompanhado no seu pós-alta por telefone ou por... a gente tentava fazer agendamento em loco de consulta para ele fosse acompanhado por um médico clínico que... o ouvisse pós-alta né, e ele se sentisse seguro de que ele teve alta e que ele estava bem, saindo da instituição. Então isso foi feito através da marcação de consulta ou por telemonitoramento, ligação com 24 horas, 72 horas e agente encerravam com o paciente em melhora clínica depois de cinco dias.

Pesquisadora: E teve diferença nessa prestação de serviço aos pacientes que estavam na UTI e aos que estavam na Unidade de Internação?

Gerente hospital A: Sim, pelo próprio conceito dessas unidades a prestação de serviços é diferente, então o doente que está na terapia intensiva, por própria...é um doente que vai ter uma assistência diferenciada, ele vai ter ai uma equipe muito mais disponível para ele, e continua 24 horas em um modelo diferente,

porque é o modelo de terapia intensiva quer requer isso, então são cuidados e são assistências diferentes. O paciente que fica fora da Terapia Intensiva até a frequência de monitoração dele é diferente, então o recurso é disponibilizado conforme a demanda que o cliente precisa, a demanda do doente da UTI é diferente da demanda do doente de fora da UTI.

Pesquisadora: É eu gostaria de perguntar, também quais foram esses funcionários, tiveram diferenças nas equipes?

Gerente hospital A: De dentro e fora da UTI ou dentro de uma determinada área?

Pesquisadora: Da Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Internação.

Gerente hospital A: Então vamos lá né, como a própria Unidade de Terapia Intensiva requer, os profissionais da Terapia Intensiva eles tem especialidades diferentes, formações diferentes, ele não pode ser... o cara que forma e que tá em uma Unidade de Internação ele não tem experiência com doente grave, porque o cuidado é complexo é extremamente complexo. Participar de uma intubação orotraqueal, participar de uma parada cardíaca, participar de uma alguma estrutura dessa que envolva muito emocional que é o que acaba acontecendo bastante. O doente está aqui conversando e de repente ele precisa ir para uma monitoração mais invasiva, ou necessita de ventilação mecânica por exemplo, não é um momento tranquilo para equipe, é um momento estressante e a habilidade técnica, conhecimento técnico e clínico como também a habilidade comportamental, equilíbrio emocional, o foco naquela situação ela faz absoluta diferença. O problema foi que nesse doente COVID, é... agente sentiu a necessidade que os nossos colaboradores fossem mais híbridos, porque esse doente piorava mais facilmente nas Unidades de Internação, do que nosso cliente convencional. Então a gente teve que mesclar muito conhecimento, dos colaboradores fora da Terapia Intensiva ou PS pronto socorro, ou para Unidades de Internação. Então a gente teve que alterar o modelo educacional também para equipe fora da UTI, porque esse doente piorava rapidamente fora da Terapia Intensiva.

Pesquisadora: Ainda sobre esses serviços, essas modificações eu gostaria de saber quais foram as modificações nesses serviços, sejam eles aspectos tangíveis e intangíveis oferecidos a esses pacientes com COVID-19, os acompanhantes e visitantes?

Gerente hospital A: Então vamos lá, aspectos que foram oferecidos para eles que o ajudassem a melhorar o humor, é essa a tua pergunta?

Pesquisadora: Mais ou menos, isso aí se enquadra sim, mas nos aspectos tangíveis, como por exemplo: questão dos sorrisos né, já os tangíveis é o que a gente consegue tocar. Gostaria de saber se teve alguma modificação.

Gerente hospital A: Na realidade, as modificações estavam relacionadas ao próprio uso de proteção individual por exemplo: o acompanhante que tivesse que ficar ele teria que ter algum recurso, de por exemplo ele... já nas situações que se aplicaram no início de ter acompanhante que era...crianças e algumas situações específicas, eu tinha que ter uma estrutura totalmente diferenciada porque eu já tinha ela pro meu paciente, o doente ele tinha uma troca de cama diferenciada, a cor do lenço dele diferente, toda uma estrutura de rotina de troca também diferente, a frequência de troca ela foi modificada pra atender esse paciente. E quando eu tinha o acompanhante, foi... reorganizado porque esse acompanhante não poderia mais sair, então estruturas que convencionalmente eu não forneço nem há acompanhante, nem há colaborador nesse período de pandemia a gente se organizou pra fornecer previamente segurança e conforto, tanto para paciente, como para acompanhante como para colaborador. Sobre os não tangíveis sobre comportamento, possivelmente foi a coisa mais difícil. Porque você estava falando de uma equipe que apesar de entender a importância que isso fazia para o paciente, você também estava falando de uma equipe que estava cansada e que aquilo traria...estava trazendo muito impacto emocional pros colaboradores. Então é... o que se trabalhou de humanização do ponto de vista do colaborador foi grande, porém nem sempre com a mesma repercussão, até pra lembra que as pessoas tem dois, três empregos. Então isso também tem aí a sua... o seu impacto, então só pra você ter noção para dar uma segurança, vários hospitais fizeram um acordo tipo, se você tem um colaborador que trabalha ai e trabalha aqui, deixa ele só aqui, você fica com outro ai. Pra garantir então que eu melhorasse o humor desse colaborador, se desloca-se menos e ele pudesse da mais... ele consegue-se ser ainda mais perspicaz em entender o quanto aquele paciente precisaria de situações que era o toque, que era um sorriso e isso, olha como é difícil? lembrar que todo mundo estava de máscara, então sorrir de máscara não é uma coisa fácil, então a expressão não verbal com o olhar, com a cabeça ela começou a fazer muita diferença. É na

realidade cartazes faziam muita diferença, e tudo foi muito desafiador porque tudo isso a gente não queria, não queria que se tocasse em nada, quanto menos papel, quanto menos isso. Então a fala... o que você falava tinha muito mais impacto do que o sorriso, do que o olhar, era falar mesmo “Eu estou aqui com você, o que você precisar chame por mim, toque dessa forma”. Porque as outras coisas elas não estavam tão disponíveis para ele, eu estava do lado dele, mas ele não ia me perceber sorrindo, então eu não poderia usar cartaz porque a gente não queria papel circulando. Então realmente foi um momento muito Flash para eles.

Pesquisadora: Você pode descrever pra mim os principais serviços oferecidos no momento da chegada desse paciente com COVID?

Gerente hospital A: Bem a porta de entrada é a emergência né, então um serviço que eu ofereço para ele é o atendimento imediato né, da gravidade então o serviço dele vai depender da gravidade, a porta de entrada dele é o pronto socorro, levando em conta a velocidade da assistência que ele precisava né, iai depois é oferecido o ambulatório COVID, ou seja o doente que... porque no começo da pandemia a orientação era não venha para o hospital, não saia de casa e depois a gente foi corrigindo esse discurso porque as pessoas já estavam chegando bem mais graves. Então depois era vem aqui nós temos uma emergência totalmente segura para você vir para o hospital e se você não é COVID também venha que nós temos um ambiente seguro para te atender. Então, a gente foi mudando o serviço e o discurso que a gente falava para ele, se ele precisava fazer uma tomografia ele fazia, se ele precisava fazer um raio x ele ia fazer, se ele precisa-se coletar no laboratório ele ia fazer. Então como hospital de alta complexidade, ele conseguia encontrar nessa estrutura tudo que ele precisava para o seu atendimento.

Pesquisadora: Você pode também pode descrever pra mim os principais serviços oferecidos no momento em que o paciente estava no leito?

Gerente hospital A: Bem nesse momento, ele era assistido por uma vasta equipe de profissionais várias especialidades como eu já relatei né, junto com o suporte de atenção de enfermagem e outros serviços assistenciais.

Pesquisadora: E no momento da alta quais foram esses serviços?

Gerente hospital A: Na alta ele tinha, além das orientações do pós-alta né, para quais medicações ele iria fazer e tal, ele era tele monitorado como eu te coloquei

e também era oferecido para ele a continuidade ambulatorialmente, também foi oferecido a telemedicina, o hospital liberou a telemedicina e lançou o aplicativo [REDACTED] onde o paciente pode fazer todo acompanhamento, até do tempo de espera lá na emergência, no ambulatório onde ele marcou pelo aplicativo, então tudo isso que eram projetos, eles foram acelerados pela pandemia a gente não pode deixar não.. dava para sair porque agora o paciente estava precisando. Então ele podia fazer telemedicina, ele era tele monitorado, ele tinha o ambulatório disponível, e ele tinha o aplicativo pro paciente, a gente também disponibilizou o tele dúvida, que essas pessoas ligam muito para saber o que que era o Corona, o que fazia o atendimento e etc, etc, etc.

Pesquisadora: Ainda falando de momento, e no momento da morte tendo em vista que vocês tiveram que lidar muito com esse momento da morte, levando em consideração ao número de óbitos. Como é que a equipe foi impactada, como vocês agiram mediante a essa situação, quais foram as ações?

Gerente hospital A: Os impactos foram os seguintes os principais né, primeiro a gente teve que abrir também, da mesma forma que toda área COVID era separada, o morgue também deveria ser separado. Eu não poderia misturar corpos de pacientes que eram suspeitos dos pacientes não suspeitos, então nós tivemos um problema na cidade foi que as funerárias pararam de trabalhar a partir das 17 horas da tarde, que não é o nosso habitual eles trabalham 24 horas, e com isso a gente teve que redobrar os cuidados com o corpo, porque poderia acontecer de ter mais de um corpo esperando pela funerária, então quem falecesse após 17 horas, ele só ia ser resgatado o seu corpo no outro dia, depois das 8 horas da manhã, 9 horas da manhã. Então foi um desafio muito grande na... teve que estrutura o morgue, garantir fluxo, garantir identificação correta, garantir suporte ao luto para família, suporte ao luto pro colaborador, então foi bastante movimento relacionado a isso.

Pesquisadora: Certo, você me relatou os treinamentos que as equipes tiveram que ter, os protocolos que seguiram. Eu gostaria de saber mais um pouco sobre esses treinamentos, houve um treinamento mais específico voltados para os tratamentos com os pacientes com COVID?

Gerente hospital A: Então vamos lá né, como a gente te falou os fluxos eles mudavam com muita frequência, então o protocolo de tratamento mudou oito vezes, a literatura ia saindo o protocolo mudava e eu tinha que fazer com que

esse protocolo chega-se na ponte né, então muitos treinamentos aconteciam principalmente uma ferramenta foi a educação, ela saiu de ser uma equipe de apoio e ela foi pra beira do Lake, então a gente dividiu a equipe pra dar treinamento nos plantões noturnos, diurnos. Então fora isso, eles usavam muito da ferramenta de... vídeo aulas mesmo dentro dos plantões, que eram plantões pesados e as equipes precisavam sair, então o que elas faziam era eu faço e você vai fazer depois exatamente como eu fiz né, eu vou me paramentar depois você se paramenta, só que já era muita coisa ná pratica, eu estou fazendo agora e agora é a sua vez. Então foi um momento muito diferente de fazer educação daquilo que já estávamos habituados.

Pesquisadora: Bem, a gente finaliza agora a nossa entrevista, mais uma vez eu velho a te agradecer. Muito obrigada

Gerente hospital A: De nada, Boa sorte no seu trabalho e parabéns pela sua ideia.

Pesquisadora: Eu que agradeço.

((Fim da transcrição))

APÊNDICE I – Transcrição de Entrevista

Transcrição de entrevista com a Gerente de Hotelaria - Hospital B

Pesquisadora: Bem, a minha pesquisa ela irá tratar sobre as ações de hospitalidade voltadas para os pacientes com COVID-19 nos hospitais privados de São Luís. A pesquisa está dividida em quatro partes, no primeiro momento eu vou querer saber um pouco sobre você, depois eu irei abordar sobre as características do hospital e do setor em que você trabalha, no terceiro momento falaremos sobre hospitalidade e por fim abordaremos as prestações de serviços que foram oferecidos para os pacientes com COVID-19, os acompanhantes e visitantes. A primeira pergunta que te faço é qual é a sua formação?

Gerente hospital B: Eu... de administração hospitalar, tá bom!

Pesquisadora: E atualmente, qual é seu cargo que você ocupa no hospital e qual é o cargo que você ocupava antes?

Gerente hospital B: Eu cheguei no hospital faz uns... três quase quatro meses né, eu cheguei para assumir... atualmente eu exerço o cargo de gerente de hotelaria, mas eu já trilhei desde o início, eu comecei trabalhando em hotelaria hospitalar na supervisão, fui para coordenação e hoje eu estou no cargo de gerente de hotelaria.

Pesquisadora: Então você trabalha nessa empresa a 4 meses? E você já trabalhou nesse mesmo setor em outros hospitais?

Gerente hospital B: Sim estou aqui no hospital a pouquinho tempo, e eu trabalho com a hotelaria hospitalar desde 2015.

Pesquisadora: Você poderia me dizer, qual é a interface do setor com os setores de hospitalidade, humanização e atendimento do paciente de fato?

Gerente hospital B: Tá, é depende muito como que é desenhada em cada hospital, certo? Às vezes aqui no hospital que ele não tem um setor intitulado hospitalidade em si, então enquanto hotelaria a gente tem nosso trabalho técnico operacional do trabalho com a higiene, com a gestão do enxoval e também a gente tem também nosso trabalho de fazer a visitação, admissão do paciente porque a gente quando o paciente ele admite que a gente trabalha na rede [REDACTED] a gente trabalha processos específicos né, a gente usa um tipo de tecnologia pra registrar que a gente fez a visita no paciente e o paciente admitiu,

a gente chega lá passa todas as instruções do funcionamento do hospital, do que o paciente e acompanhante tem direito, deveres dele e como vai ser o atendimento de hotelaria durante a jornada dele no hospital. E concomitante a isso a gente tem nossa visitação, principalmente pacientes internos diária que é a gerencia de hotelaria como é meu caso ou a minha supervisão, a gente faz a visita de participação diariamente do paciente, então a gente que saber, a gente tem esse termômetro diariamente de como estar o andamento da estadia dele ali, se ele tem queixas, se ele tem alguma sugestão, é... se o serviço está sendo atendido da forma que foi proposto e isso vai gerar um indicador para gente mensalmente.

Pesquisadora: Então o hospital não possui o setor de humanização, hospitalidade somente o de hotelaria hospitalar?

Gerente hospital B: Hotelaria hospitalar sim, e a questão da hospitalidade e humanização é mais o contexto trabalhado em todo hospital, tanto pela hotelaria quanto na assistência.

Pesquisadora: Quem é que é responsável por acolher e atender os pacientes?

Gerente hospital B: Tá, é... o dever é de todos né, o dever de acolher e atender os pacientes é de todos, mas é... hoje quem acolhe é o setor de enfermagem né, com todo processo assistencial e também para dar orientação da questão técnica da enfermidade do paciente. E a hotelaria tem como já te expliquei no nosso processo de admissão do paciente, a gente faz esse trabalho conjunto porque a gente sabe que tem os serviços assistenciais e os serviços de apoio né, então são os dois que fazem esse trabalho. Não é uma pessoa específica entendeu Camila?

Pesquisadora: Sim, compreendi sim. Você poderia me falar um pouco mais sobre setor de hotelaria hospitalar?

Gerente hospital B: Somos hotelaria hospitalar, como eu te falei a gente vai prestar os serviços de apoio técnico, higiene controle da infecção, processamento de enxovais, e a gente faz também o serviço de acolhimento com as nossas visitas, e com alguns processos internos que tem dentro do setor.

Pesquisadora: Certo, e quantos colaboradores tem no seu setor?

Gerente hospital B: Atualmente eu estou com 98, entre serviços gerais, camareiras, supervisão... envolvendo tudo.

Pesquisadora: E desses profissionais você poderia me dizer quantas pessoas, colaboradores eles estão diretamente direcionados, sejam eles do serviço de apoio ou assistencial, é que estão ligados aos pacientes com COVID?

Gerente hospital B: Tá, tu falas em relação só a equipe de hotelaria?

Pesquisadora: Sim.

Gerente hospital B: Hoje a gente atende COVID em um posto de internação e em uma UTI, então nesse posto de internação... deixa eu ver, vou te dar um plantão já que a gente por plantão... Em média 6 pessoas por plantão tá, trabalha diretamente com pacientes de COVID, então aí 6 aí por 3... 18 no total.

Pesquisadora: E você me dizer quem eram esses profissionais? Os cargos, incluindo também os profissionais dos outros setores.

Gerente hospital B: Tá, dentro da hotelaria eu tenho trabalhando com o pessoal de COVID, camareiras, auxiliar de serviços gerais e supervisão.

Pesquisadora: Vocês tiveram que contratar mais profissionais, ampliar a equipe?

Gerente hospital B: Sim, a gente teve uma robusta contratação de profissional temporário, para atender nossa demanda que aumentou consideravelmente né, iai a gente contratou... eu acho que foram uns 15 profissionais no total, é... fez treinamento com eles, os protocolos de COVID, e colocou para funcionar, para rodar.

Pesquisadora: Certo, e esses profissionais, sim.

Gerente hospital B: Isso só de hotelaria.

Pesquisadora: Sim, imagino que tenha sido também uma gama de outros profissionais dos outros setores.

Gerente hospital B: Muitos.

Pesquisadora: Bem, e esses profissionais você eles foram treinados? como eles foram treinados?

Gerente hospital B: Sim, a gente tem... o setor de educação continuada né, que recebe todos os protocolos, como nós somos rede somos [REDACTED] a gente já tem todos os nossos protocolos, nossas padronizações definidas da rede, vem do corporativo. Então a gente gestão alta e média gestão recebe o treinamento e a gente funciona como multiplicador, então o gestor no caso eu e minha equipe de supervisão recebe treinamento juntamente com a enfermeira que trabalha com educação e a gente replica esse treinamento para o colaborador, iai a gente

monta como não pode aglomerar né, então a gente não pode montar turmas grandes de é... a gente faz trabalho de multiplicação, cada supervisão ela vai do treinamento de pequenas, grupos pequenos de 3 a 4 pessoas mais ou menos. Iai a gente tem nosso registro do treinamento, como é que a gente registra a frequência é... não é somente com a lista, né de frequência, como a [REDACTED] ele trabalha muito com botão de biometria, a gente também tem esse treinamento registrado em uma plataforma nossa e o colaborador que participa dos treinamentos ele registra a sua biometria tá. E agora, a gente tá numa segunda fase, já que a gente está entrando para um... processo de certificação, que é como... é a adesão desse nosso treinamento, que uma coisa é a gente treinar esse colaborador, eu estou aqui eu explico para eles protocolos, como é que funciona, como é que deve iniciar, finalizar. E outra coisa é como ele faz na prática né, iai como a gente age como multiplicador né, a gestão alta e média age como multiplicador. A gente tem a nossa segunda fase que é de auditar, a gente audita nosso próprio processo, a gente vai lá para operar e assim, sem falar que cobrando quem está fazendo e observar como é que ele está, como é que ele está cumprindo o protocolo se está seguindo todas as normas ou não. Iai a gente identificou é que não conforme, a gente retreina se continuou não conforme e o treinamento que foi aplicado novamente não deu certo, a gente vai identificar qual é a dificuldade do colaborador, ele pode ter uma dificuldade de entendimento, ou pode ser é medo porque a gente teve nesse período dois problemas de falha né, não e nem porque o colaborador não saiba, mas porque foi um tempo... foi não, é um período de insegurança, porque agora né já está dando uma certa sensibilidade de estamos mais seguros, mas ele fica com muito medo é... porque a gente sabe que ele não tem uma formação técnica assim como a enfermagem tem, então tem que passar toda segurança das informações para o colaborador para que não tenha falha.

Pesquisadora: Entendi, ainda sobre esses colaboradores eu gostaria de saber um pouco sobre o perfil desses funcionários, tendo em vista algumas restrições com a idade e também tendo em vista que muitos hospitais liberaram seus funcionários com mais idade por conta do vírus, aí eu queria te perguntar ficaram somente os profissionais mais jovens?

Gerente hospital B: Tá, é... a gente dentro do quadro, a gente continha muitos profissionais do grupo de risco né, a gente teve 2 que já tinham problemas

crônicos respiratórios, iai eles tiveram e passaram pelo processo de passar toda documentação, histórico de saúde dele para gente, laudo tudo. Iai foi feito dentro do processo o afastamento desse colaborador, então ele está... agora que começou a retornar né, ele ficou em casa não foi desligado, não teve é... não sofreu nada em questões salariais né, porque não era uma questão que ele não queria trabalhar, era porque ele não podia. E a gente tem também 3 gestantes que a gente teve que afastar né, por questões mesmo de delicado igual também estão afastadas, mesmo ainda não estando cumprindo aquele período de afastamento obrigatório de licença maternidade, elas estão em casa. Iai com isso abriu também aquelas vagas temporárias que te falei, a gente teve que substituir temporariamente para não ficar com desfalque dentro da equipe. Então, eu tive 3 gestantes e 2 por doenças crônicas.

Pesquisadora: Você poderia e dizer qual era a faixa etária de idade, desses profissionais?

Gerente hospital B: De 50 a 60 anos, eu não sei te dizer em certo, mas os. E as gestantes que havia dito que foram afastadas são jovens, eles estão na casa dos 20 a no máximo 35 anos, de 20 a 35.

Pesquisadora: Ok, e em relação aos acompanhantes e os visitantes, como é que vocês agiram mediante a essa pandemia? Suspenderam as visitas?

Gerente hospital B: Certo, é dentro... vamos por, vou por setor tá porque tem alguns protocolos específicos por área, então na entrada da emergência, agora que começou a flexibilização..., mas durante o pico maior da pandemia, o paciente entra, ele não entra com acompanhante né iai ele faz a assistência, porque a nossa espera da enfermagem ficava completamente lotada, aglomerada de pessoas doentes e de pessoas que estavam acompanhado os seus doentes né. Então, a gente fazia acolhimento daquele paciente inicialmente né, que entrava ele entrava sem o seu acompanhante, iai a equipe dava o feedback para os acompanhantes que estavam do lado de fora em uma outra área, se esse paciente ele interna né, esse paciente por exemplo é o paciente de COVID ele vai precisar ficar em observação, se ele interna e vai para uma Unidade de Internação, um posto de intenção é... como a gente tem 2 perfis enfermagem e apartamento né, dentro do apartamento tem um quarto individual foi possibilitado o acompanhante permanecer junto com o paciente. Claro, ele sabendo, ele assinava um termo, ele sabia dos riscos, ele tinha que cumprir com

os protocolos, utilizar máscara e tudo. E uma vez que ele estava ali, ele não poderia trocar de acompanhante, ele não pode transitar por fora da área de isolamento, então ele ficava ali dentro daquele quarto junto com o paciente. Nas nossas enfermarias que são 2 leitos por quarto não, ai nesses lugares mesmo só podia ficar os pacientes que estavam internados ali que tinham COVID, e a família poderia ficar na nossa sala de espera, tem um horário né, que os médicos e a equipe de enfermagem davam o boletim, falando estado da situação do paciente. Da mesma forma na UTI, na UTI como era a matéria é mais grave, a família também não pode estar dentro da UTI, iai ela também aguardava na área de espera, e... diariamente tinha os boletins médicos, tinha um horário fixo que eles tinham os boletins para dar para todas as famílias e as famílias também tinha o contato do médico que era responsável no caso pelo seu paciente, o contato telefônico direto.

Pesquisadora: Quantos leito vocês tinham disponíveis?

Gerente hospital B: Só de COVID, na internação...é poque sempre eu tenho que conferir porque eu tenho nas 100 enfermarias não posso conferir por apartamento. Tá, na UTI eu tinha 2 UTI'S funcionando COVID, hoje a gente só tem 1 graças a Deus não COVID, cada uma com 10 leitos. Então eu tinha 20 leitos de UTI para COVID especifica, e Unidade de Internação...mais 20 leitos de internação, então no total 40 leitos, 20 de caráter intensiva e 20 de internação.

Pesquisadora: E quantos leitos desses vocês tiveram que criar a mais?

Gerente hospital B: Esses... foram 6 leitos de observação na área de internação a gente criou a mais, e de Terapia Intensiva foram 10 leitos, 10 leitos. No total 16.

Pesquisadora: Ok, vocês criaram novas salas novos espaços?

Gerente hospital B: A gente teve que... nós tivemos que realocar alguns ambientes por exemplo: a nossa incidência maior de COVID é em adultos certo? Não em crianças. Tá, e eu tinha uma emergência adulto que ela era uma ala um lado adulto e eu tinha outra ala era pediatria. Então, a gente teve que fazer algumas concessões, a gente tem... a rede tem né, não é do hospital [REDACTED] porque quando a gente pensa em [REDACTED] ele tem hospital, ele tem clínica e ele tem área de... cada um com o seu CNPJ específico mais sendo na rede. Então a gente teve que retirar essa nossa emergência pediátrica de dentro do hospital ali onde ele funciona e levar para outro ambiente, a gente...como período de

medicina preventiva, de fisioterapia essas outras consultas estavam suspensas né, de atendimento dessas consultas eletivas, a gente levou o nosso cancelamento da emergência pediátrica, para esse outro prédio para esse outro lado. Então a gente montou todo uma emergência pediátrica em outro prédio em outro bairro, sendo que o funcionamento era do hospital, então a gente contratou funcionários específicos para lá é... entrou uma média gestão de enfermagem para coordenar a unidade, iai a emergência pediátrica saiu de dentro do hospital né, iai toda ala de emergência que era pediátrica e adulta dentro do hospital virou completamente adulta. Até pra gente separar os pacientes que estavam entrando de COVID dos pacientes que estavam entrando de outras doenças, de outras patologias, então a gente teve que criar esse novo espaço né, e a partir do momento que a gente teve uma queda drástica do índice de COVID de pessoas doentes, esse espaço ele retornou pro hospital já que a nossa área nova de pediatria ela estava inaugurando, estava em obra né estava inaugurando. Mas a gente teve que criar sim, a gente teve que tirar uma emergência inteira de dentro do hospital para poderá tender só paciente... alta demanda de paciente adulto, quanto com COVID quanto por de outras doenças.

Pesquisadora: Entendi, e em relação aos colaboradores criou-se novos espaços, readequaram novos? Pensou-se em alguma coisa diferente para os colaboradores sejam eles médicos, enfermeiros, recepcionistas?

Gerente hospital B: Certo, é... a gente estava com um processo de reforma do nosso refeitório que tinha um espaço bem menor e restrito né, já foi entregue já faz um mês graças a Deus, iai eles conseguem ficar numa área confortável porque ele é todo climatizado, tudinho e é bem maior. E com um certo limite de distância e nossos é... vestiários novos é eles também não tinham, então quando eles saiam do hospital eles tinham que retirar seus pertences, suas roupas e ir diretamente para casa, iai a gente também conseguiu já... já entregar esse vestiário novo que estava em processo de obra e mesmo durante a pandemia a gente teve que agilizar para entregar, o espaço para que o colaborador pudesse sair do seu plantão. Porque assim, primeiramente aquele colaborador que estava com COVID ele entrava... quero dizer que estava trabalhando em uma área COVID, ele vestia sua roupinha privativa né, primeiro que é uma roupa que o hospital que trata a lavagem e tudo, e ele entrava na área. Dessa área ele só saia no horário que finalizava seu plantão para ir para casa embora, então ele

não pode sair dessa área por nada para circular no hospital para não ter contaminação cruzada. Então é até nessas áreas, por exemplo, se eu tenho Unidade de Internação eu não tenho um vestiário dentro de um posto de Internação certo? Mas, a gente sempre deixa se tinha um repouso naquela área que tem banheiro com chuveiro ou não tivesse e a gente destinava a um apartamento específico, para que aquela equipe pudesse usar desse apartamento, fazer todo processo de se higienizar, de trocar a roupa tudinho e descartar lá para lavar e poder sair. Então a gente teve que deixar esses locais específicos né, para ele poder sair para casa já preparado, não ter que circular mais no hospital e não levar contaminação para sua família.

Pesquisadora: Entendi, ainda em relação as essas ações, o hospital criou ações voltadas para as necessidades dos colaboradores no momento da pandemia, você citou a questão da assepsia, além dessa questão teve alguma outra?

Gerente hospital B: Tá, é a gente...de certa forma fez um acompanhamento com os colaboradores que estavam mais... temerosos né, a gente tem que ver a saúde mental do colaborador nesses momentos também. Então é... a gente teve alguns momentos de aconselhamentos daquelas pessoas que estavam com certa dificuldade de procurar a equipe tanto de gestão quanto de psicologia do hospital para poder... as vezes precisa de uma palavra de orientação, de desabafo, porque aquela pessoa pode não ser do grupo de risco, mas ela tem um filho, ela mora com a mãe que é diabética, que tem uma doença crônica e ela fica com medo e ela fica com medo, ela trabalha no hospital e volta para casa. Então a gente teve esse cuidado também das pessoas que... ficamos disponíveis para aquelas pessoas que quisessem buscar a gente para ter esse aconselhamento.

Pesquisadora: Certo, eu também gostaria de saber se o hospital ele disponibilizou testes rápidos para esses colaboradores?

Gerente hospital B: Certo, como é que funcionou, primeiramente para aquela equipe que estava na linha de frente assistencial né, foi feito teste rápido e... também aquelas pessoas que começavam a ter sintomas relacionados aos sintomas de COVID né, ela já tinha um atendimento na emergência o médico identificava se ela tinha sintomas ou não e ela fazia o teste, ai ela ia dar a indicação se o teste seria o teste rápido, se seria teste por SWAB e qual seria o teste adequado para fazer com aquele paciente de acordo com a quantidade de

dias que ele começou a sentir aqueles sintomas. Iai nesse momento esse colaborador que ele era identificado com os sintomas relacionados da COVID, ele já começava a participar de um processo de afastamento, já que ele está mesmo com os sintomas e as vezes o resultado se for de um SWAB e ele demora no mínimo de 7 a 14 dias para sair, que é o período de duração da... doença, ele sofria um processo de afastamento em caso de isolamento em casa. Então com isso, inicialmente a gente teve uma taxa de atestados muito alta, então só do setor de hotelaria eu tive no mês, 42 atestados só no setor de hotelaria em um mês, foi mês de abril, foi meu mês maior possível. É... na segunda etapa, veio a equipe administrativa, aquelas pessoas como eu, que eu trabalho em área... eu faço a gestão. Então eu trabalho escala administrativa, eu não tô em contato diretamente o tempo todo com o paciente, embora eu faça a visita, mas nesse período de pandemia nós fizemos as visitas de formas restritas por amostragem não todos os pacientes. É... e equipe de administrativa que estava trabalhando em home office estava retornando para o hospital, porque a gente teve muitos, muitos funcionários que mesmo que não fossem de área restrita, mas para diminuir aquele trânsito entre, é... caminho da casa para o trabalho do trabalho para casa, e que poderiam trabalhar de home office, eles trabalharam. Então a gente teve diversos setores que foram trabalhar de casa, então desse retorno, que foi já em meados de maio a gente teve retorno, toda a equipe de administrativa passou por teste rápido né, eu passei, minha equipe de supervisão passou, é recepcionistas que achavam que trabalhavam na linha de frente, já estavam testando. Então todo mundo, a rede disponibilizou teste rápido para todo mundo fazer, iai as pessoas que testaram positivas né, receberem resultado de forma confidencial né, elas mesmas porquê...né questões clínicas não pode ser tratado abertamente, iai elas passaram aquele período, porque o teste ele te dá mas se tu já teve, se tu tem né ou se tu já está curado e tudo. Iai aquelas pessoas que ainda estavam naquele período de incubação, que poderiam transmitir para outras, porque mesmo pessoas que apresentavam sintomas né específicos, elas ficar em casa, mas um período que lá que o médico fez o... protocolo para ele ficar, mas passamos todo mundo, a assistência a primeira fase médico e enfermagem, e depois pessoal de apoio que trabalham na linha de frente e por último administrativo que não trabalha face a face com o paciente.

Pesquisadora: Ok, vocês tiveram que criar novos protocolos e processos de assepsia voltados para os colaboradores? Todos os colaboradores?

Gerente hospital B: Certo, é... os protocolos de assepsia eles já existem né, eles existem para aqueles pacientes que estão em isolamento por qualquer tipo de doença, por doenças é... e o mesmo processo de contaminação é similar ao de COVID, então.

Pesquisadora: Não estou conseguindo te ouvir devido a conexão.

Gerente hospital B: Camila? E agora você me escuta? Da onde é que você parou de ouvir?

Pesquisadora: Agora sim, escutei quando tu começante a falar travou.

Gerente hospital B: Certo, a gente estava falando se criaram novos protocolos não é isso?

Pesquisadora: Sim os protocolos, tu comentaste que tinham os protocolos já existentes até aí eu consegui.

Gerente hospital B: Tá, a gente já tem protocolos existentes para tipos de precaução, COVID é precaução... ele é classificado como precaução por gotícula, a gente tem outras doenças que tem esse tipo de precaução, uma doença comum para gente é tuberculose ela é precaução por gotícula né. Então o que que se faça, você adequou esse, esse...o protocolo para esse tipo de precaução e pulverizou para todo mundo, porque como eu estava falando, é... eu não vejo o tipo de... ficar isolada todo dia o tempo todo em um período normal, então aquilo que tu não ver todo dia, que tu não faz o tempo todo, você acaba esquecendo né? Então a gente pegou esses protocolos já existentes, a gente não o corporativo que trabalha lá toda questão de padronização de protocolos, de assistência e tudo de gestão. E ajustou para realidade atual né, iai a gente pegou esses protocolos e fez o treinamento com os colaboradores, então não quer dizer que eu que criei um novo protocolo, eu apenas ajustei com as novas normas do Ministério da Saúde. Digamos que a gente tenha atualizados os protocolos.

Pesquisadora: Sim, e vocês tiveram mudanças nas escalas, nas jornadas de trabalho? De forma geral?

Gerente hospital B: Se a gente teve mudanças nas escalas e jornadas de trabalho?

Pesquisadora: Sim.

Gerente hospital B: É... na nossa, no nosso setor de hotelaria não porque a gente já trabalha... os nossos colaboradores eles não trabalham diariamente, então não é todo dia que eu tenho o mesmo colaborador dentro do hospital. Meus colaboradores eles trabalham 12X36, isso dentro da hotelaria, mas em outras áreas do hospital por exemplo administrativa, tivemos mudança sim. A exemplo disso eu tenho o setor de RH que trabalha diariamente, mas, eles começaram a ter um revezamento então, teve um dia que ia um colaborador e ficava responsável pela unidade e no outro dia ele folgava, no outro dia o colaborador ia e o outro folgava. Para diminuir a quantidade de vezes que aquele colaborador saia de casa, na hotelaria não porque o colaborador ele já trabalha em uma escala de plantão, e ele não está todos os dias dentro do hospital ele está metade do mês. Então ele trabalha 15 dias né, 15 dias ele tá no hospital e 15 dias ele está em casa, somente aqueles colaboradores que tem escala de diarista né, que é de segunda a sexta, de segunda a sábado tiveram esse tipo de redução, ou trabalhar meio período, ou trabalha um dia sim um dia não.

Pesquisadora: Entendi, agora vamos abordar um pouco sobre hospitalidade e eu gostaria de analisar a sua percepção sobre hospitalidade, o que é que você entende por hospitalidade?

Gerente hospital B: Tá, é... A gente sabe que é algo bem subjetivo né hospitalidade, porque a gente tem que... o que eu acredito, a gente tem que observar o indivíduo como ele é, eu não posso tratar todas as pessoas iguais, aí eu não posso seguir padronização, claro eu posso ter uma padronização de comportamento que eu tenha que é... Saldar todos com bom dia quando eu chego para fazer uma visita, que eu faça algumas perguntas específicas para saber do andamento daquele paciente daquele cliente posso, mas é... a forma que eu trato Camila "o meu bem Camila" ela pode gostar, uma outra pessoa pode não gostar. Então, eu creio que a gente tem que tentar sempre conhecer o nosso cliente né, já que a gente... Já que a hotelaria faz essa visita diária para saber a satisfação do cliente, ela já é... conhece a maioria das vezes o cliente e te faz algumas adaptações, por exemplo: Minhas camareiras fazem trocas do enxoval todo dia do cliente né, e ela tem que ir lá fazer o processo dele registra com a biometria dele que ela foi lá fazer o processo de troca do enxoval, higienizou a maca onde ele está deitado e tudo mais. Para ela fazer isso, ela não pode

simplesmente chega lá “Ei sai da cama que eu vou limpar, eu vou trocar e você tem que botar a biometria aqui”, ela tem que chegar, conversar com o paciente né, e especialmente nesse período de pandemia a gente tem pacientes que tem uma permanência maior no hospital. Então vários a gente conhece pelo nome, até porque diferente de outros hospitais como a gente trabalha com a tecnologia, ela tem que lançar a biometria do paciente, ela tem o nome do paciente registrado no, é um “celularzinho” uma aplicação mobile. O paciente, então a paciente Camila tá no leito cem, e eu vou fazer a troca do enxoval dela, e eu já chego e já falo “Bom dia, Camila”, eu já sei qual é seu nome. Em muitos lugares a equipe de hotelaria ela chega no paciente ela não sabe qual é o nome do paciente, e isso já é, não é? Isso já é forma de eu individualizar, “Eu estou falando com a Camila paciente e não com é com a paciente do leito cem”, entendeu? Iai, tem vários pacientes que a gente já conhece, por exemplo: é... a gente sabe, conhece pacientes que eles tem o histórico de serem queixosos né, ou de ter muita demanda fazer muita solicitação, esses pacientes que são dessa forma, minha equipe que esta diariamente ali lidando com esse tipo de paciente, ele já identifica “Olha paciente Camila, ela está insatisfeita, ela faz queixas de vários tipos de coisas”, ou então ela faz muita solicitação, muita demanda iai eu vou tratar “Camila de uma forma individualizada”, claro eu vou respeitar meus protocolos, vou respeita meu processo. Mas eu vou tratar “Camila” de uma forma individualizada, se “Camila diz” é... por exemplo, teve uma reclamação de um dia em que ela não recebeu o enxoval, ou que ela solicitou e demorou a entrega e eu já tenho aquele registro de que Camila é... Fez uma pontuação e a equipe já conhece ela, a gente vai redobrar as nossas atenções para pacientes. “A [REDACTED] quer dizer que tu não vais ter cuidado com todos os outros pacientes?”. Não, só que o cliente já é aquela paciente ali que está demandando algo específico de forma diferente, entendeu? Então, a gente tem um quadrinho lá no nosso setor, então a gente já anota o número do leito, o nome do paciente e a gente sabe “Olha, até Camila ir embora ela tem que ter a melhor estadia conosco possível, e tentar resolver nossos problemas com ela da melhor maneira”, porque assim, hotelaria tem muito problema. “Há nunca vão acabar esses problemas?” eu acredito que não, porque nossos processos são muito grandes e eles são sistêmicos, eles se envolvem com todas as áreas. Eu não tenho hoje, setor de manutenção ligado diretamente a mim, mas o processo de manutenção

está completamente ligado dentro da hotelaria, ele pode não está sobre a minha gestão direta, mas ele tá ligado ao processo de hotelaria. Então se eu tenho uma não conformidade no leito de um paciente e ele se sente queixoso por isso, “Há, não é o meu setor, não sou eu que faço gestão, não sou eu que vou resolver”. Não, a gente tem tentar de todas as formas, fazer com que aquela estadia do cliente seja melhor né, e é algo que por exemplo, eu cheguei agora como gerente né, a gente tem toda uma gerência corporativa é algo que está sendo pedido para gente agora, já que você tem uma gestão que vai trabalhar todos esses pontos que anteriormente não era exigido né, por uma série de mudanças porque a gente vai entrar em um processo de certificação e tudo, e também por questão do acolhimento do paciente.

Pesquisadora: Entendi, é bem isso mesmo a questão da hotelaria hospitalar sendo ela toda voltada para a preocupação, com bem estar do paciente de forma geral mediante a prestação da reunião de serviços e deve-se ter todo esse cuidado, e a hospitalidade está ali né mesmo que de forma indireta. Pensando nisso, a respeito do que você me falou sobre hospitalidade, você poderia comentar comigo que tipos de ações de hospitalidade vocês tem ai no hospital voltado para os pacientes, visitantes e acompanhantes antes dessa pandemia, fora essas ações que tu já comentastes comigo né a preocupação com o nome do paciente?

Gerente hospital B: Tá, como eu te falei como era um projeto que a gente está começado a implantar agora então antes da pandemia não quer dizer que a gente não tinha preocupação com o cliente, mas isso não era mensurado sabe, sabe aquela base que tudo que não é medido não gerido né, então eu não tenho como te delimitar quais eram essas ações feitas anteriormente, tá em relação a isso.

Pesquisadora: Ok, e com a pandemia com a questão dos pacientes com COVID teve alguma modificação nessas ações se sim quais? Tu já comentaste comigo um pouco sobre essas ações e mediante a elas vocês tiveram que readaptar?

Gerente hospital B: Então, eu tenho obrigatoriamente que entrar dentro do quarto do paciente, fazer a troca, me identificar com ele e... fazer a leitura da biometria, e eu tenho as minhas visitas das gerências e da supervisão dentro do quarto desse paciente para saber a satisfação dele né. Então o que a gente teve que adaptar, eu tenho no setor de isolamento de COVID um auxiliar de serviços

gerais e uma camareira especifica né, que ela fica lá dentro ela não pode sair até porque ela entra e sai dos apartamentos dos pacientes que estão doentes. Eu enquanto gerente não posso ficar entrando e saindo do apartamento de gente que tá com COVID porque eu trabalho em todo hospital né, se eu entro lá e saíu eu estou fazendo contaminação cruzada. Então o que a gente teve que fazer, a gente teve que treinar a nossa equipe de camareira nesse caso que tá lá dentro pra fazer essas visitas de acompanhamento com os pacientes, então aqueles pacientes que estão interno COVID, quem faz quem verifica as necessidades tudinho é a nossa camareira, até porque ela já tem um trato diferenciado por todo processo de troca de enxoval a gente tem que conversar o paciente. Então eu tenho hoje uma camareira que ela não só troca o enxoval, ela não só distribui, não só monta e forra a cama. Ela chega e fala “Bianca a paciente tá lá e eu observei que ela está se queixando, que ela está achando que o colchão é muito mole né, ou é muito rígido vamos ver o que a gente pode fazer”, e a gente vai lá e ver se consegue fazer a troca, ou se consegue se ela precisa de uma outra necessidade para atender, entendeu? Como é que eu saberia se eu não tivesse alguém que tá lá dentro observando né, as vezes no passo do cliente ele... agente tem aqueles clientes que gostam de reclamar né, que ligam e reclamam mesmo que abrem SAC tudo, mas a gente tem aqueles clientes que ficam na dele e ficam insatisfeitos e você nem vai saber se você não for atrás de conversar com o paciente. Então essa é uma forma da gente já lidar e saber se ele tá sendo bem acolhido ou não.

Pesquisadora: Entendi, e em relação aos colaboradores tu consegues identificar pra mim as relações de hospitalidade no caso antes da pandemia e agora durante a pandemia? Alguma coisa mudou, como que é essa hospitalidade entre vocês né colaboradores?

Gerente hospital B: Tá, é... graças a Deus a gente tem uma equipe que é bastante coesa, bastante unida. Como eu te falei, eu cheguei a pouco tempo no hospital e isso é algo que tu tens dificuldade de encontrar em uma equipe de e hotelaria, por claro ela depende de quem está ali a frente, se ela... se a pessoa que tá a frente da equipe ela é uma pessoa mais conflituosa isso vai espelhar na equipe. Mas, a gente trabalhava muito... um colega com outro, então as vezes chega... chega, a gente incentiva o colaborador a observar o seu colega né, eu conheço mesmo eu estando três vezes hoje eu conheço o rostinho de todos os

meus funcionários, a gente tem que saber e identificar. É hoje “Camila não tá num dia legal, e a gente consegue ver a parte do comportamento dela de como ela está”, e de isso chegar até a gente a média gestão e trabalhar isso com o colaborador. Então o que que a gente entendi de valor na equipe é... que esses os colaboradores que identificassem que os outros estavam temerosos isso aconteceu muito tá, é as vezes eu tenho dois ASGS na área de internação de COVID, e um tem mais medo do que o outro ele vai lá e já apoiava, ou se ele não conseguisse dá uma palavra de conforto para aquele colaborador ele acionava a gente né, a gestão porque você acaba sendo espelho e a gente chamava e conversava com aquele colaborador. A gente teve muito que conversar com aquele colaborador pra que ele ficasse mais confortável e sentisse de uma forma mais segura, para que ele entendesse se ele cumprisse com o protocolo de segurança, as chances dele se contaminar e de contaminar os outros serem mínimas. Iai a gente teve que trabalhar mesmo, é trabalho de formiguinha mesmo de conversar corpo a corpo com cada um né...eu ia falar outra coisa também. E a gente tem também dentro do nosso quadro da hotelaria muitos isso ai eu já cheguei e já vi, tem muitos colaboradores cristãos muitos mesmos né, acho que uns 80% dos nossos colaboradores são cristãos. Então é... teve um momento que a gente cogitou a fazer uma reunião para tentar de qualquer forma falar uma palavra de conforto ou ainda mais a esses colaboradores que tem e que professa a fé cristã, é... e é uma coisa delicada porque assim, tem pessoas que professam, tem pessoas que não que podem achar de certas formas ofensoras ou não. Então a gente decidiu não fazer isso em grupo, mas trabalhar de forma individual aquelas pessoas que fizessem e que estivessem disponíveis a procurar isso, a gente chamou outros colaboradores que já lidam com isso diariamente a apoiar o seu colega entendeu?

Pesquisadora: Entendi sim, é sobre a perspectiva do acolher, hospedar, alimentar e entreter, tu poderias identificar para mim as principais ações de hospitalidade que foram direcionadas aos pacientes com COVID-19 os acompanhantes e visitantes. Eu gostaria que você me dissesse por parte, primeiramente o acolher né, é todo o contato desde por telefone com o cliente como é que foi isso, como é que foram essas ações?

Gerente hospital B: Tá, é de acolher é... a gente tinha prioritariamente a equipe assistencial que fazia este contato com os pacientes e com os acompanhantes tá, eles que entravam em contato para falar os boletins médicos, o estado que o paciente estava e também ficou um telefone disponível para que os acompanhantes entrassem em contato para ter alguma atualização do boletim médico do seu ente querido né.

Pesquisadora: Entendi, e em relação ao hospedar né todo o processo que se passa dentro de uma UTI de uma Unidade de Internação por exemplo, como é que foi isso? Essa questão do hospedar.

Gerente hospital B: Tá, todo paciente que chegava de COVID ele era direcionado para uma ala específica né, então é... antes dele chegar já tinha todo aquele protocolo de deixar a área organizada, montada para aquele paciente pudesse ser recebido de uma forma ideal, porque a maioria dos pacientes não iam ter um acompanhante junto com ele né, então para mim hospedar também é isso, você enquanto profissional deixar o ambiente e deixar pessoalmente o acompanhante, o acompanhante não. No caso deixar o paciente de forma mais confortável né.

Pesquisadora: E em relação ao alimentar?

Gerente hospital B: Então, da mesma forma que a gente teve contratação de camareira; de ASG; de enfermeiro específico para a área de COVID a gente teve contratação de copeiro pra isso também, porque muitos são pacientes que só precisavam estar em observação e não tinha uma dieta restrita ou específica né, mas a maioria sim, tinha gente que estava entubado, então ele tinha que se alimentar por uma sonda. Ia quem fazia esse atendimento é... de distribuir a alimentação era uma pessoa específica que ficava dentro da área né, porque a gente teve no início quando não se tinha copeiras específicas para isso, a gente teve entrando no âmbito assim "há a enfermagem vai entregar ou vai a enfermagem vai entregar a comida, a enfermagem vai fazer tudo". Só que se a gente concentrar.

Pesquisadora: Não consigo te ouvir, travou.

Gerente hospital B: Oi

Pesquisadora: Eu consegui te ouvir até quando você falou da enfermagem depois travou.

Gerente hospital B: Tá, porque se a gente concentra a enfermagem, ela trocando o enxoval do paciente; ela entregando comida; ela fazendo o processo dela assistencial, a gente sobrecarrega aquele profissional iai ele fica, ele não vai acolher bem não vai fazer assistência da forma correta, se cansa mais. Então “Há [REDACTED] tu vais colocar mais profissionais entrando em contato com o paciente?” eu vou, mostra um melhor atender e aquele profissional fica restrito aquela área, então da mesma forma que eu tive camareiras específicas, eu tive copeiras específicas para tratarem daqueles pacientes, claro eles estavam no apartamento todo paramentado máscara, capote, tudo ele estava né aquela paramentação inteira e entrava para distribuir a alimentação para o paciente. Porque se não a enfermagem não conseguiria fazer o acolhimento e a assistência de forma adequada.

Pesquisadora: E em relação ao entreter, como é que foi isso?

Gerente hospital B: Então nesse momento de pandemia eu acho até que o entreter é uma coisa mais... delicada, eu acredito te colocar da seguinte forma, talvez a gente não tenha entretido diretamente o paciente, mas a nossa equipe. Então a gente teve alguns momentos as ações de gestores com as suas equipes que atendiam os pacientes, então a gente teve um momento de parabenizar a equipe mesmo é... até ofertando bolo, um salgado, um doce algo diferenciado pelo trabalho que eles estavam fazendo, porque a gente acaba cobrando muito sendo seguindo o protocolo correto, que ele seja atendido da maneira certa e aquele colaborador ele já está estressado devido a pandemia, já está com medo dele da pandemia, e isso tem que seguir todos os protocolos. Iai a gente teve o momento de trabalhar com equipe é... em agradecimento, em elogio iai a gente entreteve com essas ações entendeu? E isso transparece no paciente, porque aí trabalhando assim... mas é um pouco mais difícil você trabalhar com entretenimento dentro de um paciente, porque eu não posso colocar pessoas aleatórias fazendo alguma coisa com o paciente.

Pesquisadora: Bem é, existe uma autora nos estudos de hospitalidade e hotelaria que ela se chama Anne Gotman, e para ela a hospitalidade é uma relação estabelecida entre dois protagonistas, aquele que recebe e aquele que é recebido, ou seja, o anfitrião e o hospede. Eu gostaria de te perguntar, e no hospital? Em que momento você se sente anfitriã e hospede nas relações que você estabelece no dia-a-dia? Não se se você conseguiu compreender.

Gerente hospital B: Certo, entendi. Eu me sinto anfitriã em dois momentos: naquele momento que eu estou fazendo a minha visitação no paciente, porque eu quero saber o que que ele acha da minha casa, se ele está se sentindo confortável na minha casa, se ele tem alguma reclamação sobre a minha casa. Nesse momento eu sou anfitriã quanto hotelaria é em relação a outros setores, porque eu sou o setor prestador de serviço eu sou apoio, então eu sou anfitriã na enfermagem e nos serviços que eu presto, se ela está sendo atendida da melhor forma ou não. E eu sou hospede quando eu tenho que... quando eu estou eu tenho que... quando eu tenho outro setor que está prestando um serviço para mim por exemplo: a minha relação com a manutenção, se eles não estão prestando o serviço que eu solicitei da maneira adequada, pode ser que meu anfitrião que é a manutenção não está sendo legal né, porque a gente tem esses contratos de serviços entre setores, é um setor que depende do outro. Iai eu estou sendo hospede e anfitrião, hospede é aquele que presta serviço e aquele que recebe aquele serviço da melhor forma possível.

Pesquisadora: Agora a gente vai abordar um pouco sobre os serviços, a prestação dos serviços. Você poderia identificar pra mim, quais foram os principais serviços prestados para os pacientes com COVID-19, os acompanhantes e os visitantes?

Gerente hospital B: Foram vários serviços desde assistenciais a atendimento de terapia intensiva.

Pesquisadora: E teve diferenças durante a prestação de serviços para esses pacientes na UTI e na Unidade de Internação?

Gerente hospital B: A diferença? Tu disse... a diferença que tem é somente na rigidez do cumprimento do protocolo, já que são os protocolos de isolamentos específicos, mas é... o tratamento assistencial e de apoio ele permanece igual né. a única diferença é que eu tenho que ser bastante rígida, bastante criteriosa nos protocolos de segurança tá.

Pesquisadora: Quais foram esses profissionais que prestaram esses serviços?

Gerente hospital B: Todos os profissionais, eu tenho desde assistência, enfermagem, médicos, fisioterapia porque foi muito importante fisioterapia nesse período né. Geralmente o hospital ele tem um contingente menor de fisioterapia iai a gente teve que aumentar, é... farmacêuticos também né porque, a gente tem a farmácia clínica e a gente tem a farmácia na parte de logística... iai ela tem

que ter sempre o estoque daquele medicamento, no caso da gente foi...nesse caso foi cloroquina né, iai era um medicamento que você já tem em uma farmácia hospitalar, tem mas você não tem na quantidade na demanda que a... a situação ela pede. Iai teve que ter todo um trabalho de replanejar aquele meu quantitativo de estoque pra poder atender todos os pacientes, e além disso, a farmácia clínica acompanhar essas administrações sendo feitas de forma adequada para que não falte medicamento e que o paciente seja atendido da maneira correta né, porque ele entra também na assistência é... a gente teve os serviços de laboratórios que os nossos são laboratório próprios, não são terceiros. Tendo uma demanda muito maior em relação a testagens e mais agilidade nos resultados dos exames né, e as equipes de apoio como um todo, a equipe de hotelaria que envolve nutrição, enxoval, serviços de limpeza porque ai eu tenho que assegurar que meu protocolo de desinfecção ele seja cumprido, com saneantes certo para superfícies certas e... a gente teve também uma ação muito grande em relação ao SESMT a saúde ocupacional do colaborador, se eles já trabalham nas ações para garantir que o colaborador né, se trabalha-se bem é... equipado, ai eles tiveram que redobrar os cuidados, as vistorias, as auditorias para todos estivessem cumprindo os protocolos.

Pesquisadora: Quais foram as modificações nesses serviços sejam eles aspectos tangíveis, os tocáveis no caso e intangíveis que foram oferecidos para esses pacientes com COVID, os visitantes e acompanhantes de forma geral?

Gerente hospital B: Eu não entendi, perdão.

Pesquisadora: Sem problemas, eu gostaria que você me dissesse quais foram as modificações nos serviços prestados, levando em consideração os aspectos tangíveis e intangíveis voltados para os pacientes com COVID, os acompanhantes e os visitantes.

Gerente hospital B: Tá, é eu não sei se eu saberia te responder diretamente essa pergunta.

Pesquisadora: Em relação aos aspectos tangíveis né aquilo que conseguimos tocar na unidade de internação por exemplo foi modificado alguma coisa? E em relação aos aspectos intangíveis o que não tocamos, o sorriso por exemplo. Como é que ficaram essas questões?

Gerente hospital B: Sim, é... em relação aos aspectos intangíveis tudo, o sorriso, a gente como eu já tinha ti falado antes, foram trabalhos de

aconselhamento e orientação dos nossos colaboradores, para que ele não chegasse com medo naquele quarto daquele paciente e visse aquele paciente como... intocável né, o intocável como se eu tenho que está ali totalmente travado e só fazer o meu procedimento técnico e sair, né é uma pessoa é um indivíduo, então no trabalho da gente de aconselhamento serviu para isso. E nos aspectos tangíveis em relação a hotelaria, a gente não teve por exemplo, mudança de um enxoval específico, de nada específico, o que a gente tem... foi o cuidado daquele material, daquele lixo que está sendo gerado, daquele processo e lixo daquela área, enxoval pra que ele tenha uma tratativa diferente. Está conseguindo me ouvir?

Pesquisadora: Sim, estou de ouvindo

Gerente hospital B: Por exemplo, aquele meu residuo gerado naquela área, aquele meu enxoval gerado, teria uma tratativa diferente.

Pesquisadora: Certo, agora eu gostaria que você descrevesse para mim os principais serviços que foram oferecidos para esses pacientes durante todo o seu tempo de permanência no hospital, no momento da chegada, no momento do paciente internado e no momento da alta. Eu gostaria que você abordasse por parte, primeiro no momento da chegada dele.

Gerente hospital B: Então, na chegada ele vai receber... a triagem dele, o atendimento assistencial e técnico, iai vai incluir a equipe de recepção, de médicos, de enfermeiro, eai a gente tem a entrada dele na internação. Nessa etapa eu tenho o serviço de transporte intra-hospitalar que são meus maqueiros que hoje a gente chama de auxiliar de transporte, né que eles não são tão assistenciais, mas eles trabalham ali na assistência, porque eles têm um treinamento específico para saber como manejar com aquele paciente né, e como cumprir o protocolo com aquele paciente, principalmente paciente que está... tem possibilidade de contaminação de outras pessoas. Iai ele chega na internação. É, iai eu tenho meu processo de hotelaria enquanto admissão, que ai eu vou fazer toda aquela orientação para o paciente entender é iai eu tenho esse paciente que vou fazer a admissão e eu vou apresentar todos os serviços de hotelaria, como vai funcionar a limpeza, como vai funcionar a troca de enxoval, é a alimentação, para quais ramais ele pode ligar para fazer algum tipo de solicitação, isso enquanto serviço de hotelaria. Iai eu tenho dentro da internação do paciente toda a prestação de serviço da assistência né, de

cuidados, da terapia, da administração até que ele finalize o processo dele de cura e tenha a saída, iai quando ele recebe a alta quem faz a transferência dele novamente é o auxiliar de transporte intra-hospitalar, que ai ele sai do hospital. Nenhum paciente, mesmo que ele já esteja bom ele não pode sair diretamente do hospital caminhando, sozinho sem ter alguém acompanhando ele porque esse paciente pode ter algum problema no caminho entre a saída do seu apartamento até a porta de saída do hospital, e ele pode cair, e ele pode bater a cabeça, ai ele pode ter que reinternar que é uma coisa que a gente não é... gosta que aconteça é um indicador negativo para gente de reinternação, iai finaliza o atendimento do cliente.

Pesquisadora: Ainda em relação a esses momentos do paciente, você pode comentar comigo em relação ao momento da morte, vocês tiveram que lidar muito com a morte né, mais do que nunca levando em consideração aspectos da pandemia, o número de óbitos. Como é que a equipe foi impactada? Como é que vocês agiram diante dessa situação? Como se prepararam ou se prepararam?

Gerente hospital B: É verdade, a gente teve inicialmente um... até porque os protocolos médicos eles eram novos, então a gente teve uma incidência relativamente alta de acordo com a nossa realidade de pacientes, de óbitos logo no início tá, a maioria estava em terapia intensiva e a maioria eram idosos com problemas respiratórios, mas é um ente querido de alguém vai ser sempre um sofrimento para alguém. Então nesses processos de mortes, a gente sempre tinha nossa assistente social acompanhando porque o paciente ele descia num saco de óbito fechado pro morgue, e dali ele só poderia ser retirado pelo serviço de funerária né, que levaria aquele paciente a família não poderia tá ali diretamente tudo, eles ficavam até no corredor da sala que fica o morgue que fica fechado tudinho, mas eles não poderiam ter diretamente contato. Iai a... o serviço de assistente social sempre ali próximo ao paciente, prestando até porque as vezes o paciente não sabe para qual número ligar, que tipo de serviço precisa né, ele precisa recorrer nesses casos, iai a gente tinha essa prestação.

Pesquisadora: Bem, finalizado eu gostaria que você comentasse mais um pouco comigo sobre a questão dos treinamentos, eu queria saber fora aqueles que você já comentou, se houve algum treinamento mais específico fora os protocolos voltados para os pacientes com COVID?

Gerente hospital B: A gente teve, em hotelaria a gente teve a integração, a gente teve a disponibilização do nosso corporativo de um pop específico de COVID, em dois momentos: um relacionado a utilização de roupas privativas né, e o outro relacionado as práticas de desinfecção. Porque a gente tem dois casos, a gente tem que fazer cumprir os protocolos de desinfecção adequada, com saneantes adequados que vão me proteger sobre aquela ofensa né, que é o vírus. Iai é uma coisa, a gente treinou especificamente aquele colaborador para isso, e a outra é sobre o uso do enxoval nesse caso... por exemplo, eu não posso fazer uma troca de enxoval do paciente da mesma forma que que faço de outro, eu não posso sacudir uma roupa do paciente que está lá com COVID, porque é gotícula, gotícula se eu sacudir ela suspende. Então a gente teve esse trabalho com a nossa equipe de camareiras, e teve outro também é... até para poder evitar educar não a equipe de hotelaria, mas as equipes do hospital inteiro que faziam uso de privativas por exemplo, porque ai eu tenho todo um colaborador que está com medo, e que quer usar roupa privativa, a roupa privativa como o nome diz ela é privada, ela é para áreas específicas né, iai a gente tem que fazer toda uma educação para que atenda aquela demanda a que ela se destina. Se não eu não vou ter uma roupa para o médico entrar na UTI, se não eu não vou ter uma roupa para uma enfermeira entrar no centro cirúrgico, na área do isolamento se eu disponibilizar roupar para uma pessoa que está em uma área que não se deve usar. Então tem as duas faces de eu treinar e explicar o protocolo correto e que o colaborador entenda o porquê que aquilo ali está acontecendo, o porquê que eu posso disponibilizar para X pessoas e para N pessoas entendeu?

Pesquisadora: Sim, tem que verificar tudo conforme foi dito, é isso mesmo.

Gerente hospital B: Iai é muito registro, e é muito desgaste por exemplo, nessa questão de roupa privativa, eu chego... a gente teve que transferir, não colocar mais roupas assim, deixar a distribuição diretamente na rouparia, então todo o funcionário inclusive o médico chegava na hotelaria, e ele retirava a sua roupa privativa ali e ele tinha que assinar o protocolo que ele estava retirando a sua roupa privativa ali, que ele teria que fazer o descarte no enxoval sujo da forma certa. Estava o nome dele ali, o horário que ele chegou e pegou, a data, até porque eu teria que prestar contas com o SESMT, como ministério do trabalho que a gente estava fazendo essa disponibilização desse tipo de material, porque

ele conta nesse caso como EPI também. Ia tinha gente que não queria assinar, tinha gente que não queria registrar, tinha gente que não queria o tamanho, tinha gente que não tinha que receber e discutia com a gente porque queria receber, então é um desgaste, a gente tem que está orientando, reorientando e conversando e conversando diariamente.

Pesquisadora: Sim, tem que ter todo um processo especial com esses colaboradores, Bem, [REDACTED] a gente finaliza aqui nossa entrevista, mais uma vez eu agradeço pela sua disponibilidade.

Gerente hospital B: Eu que agradeço a oportunidade Camila, obrigada.

((Fim da transcrição))

APÊNDICE J – Transcrição de Entrevista

Transcrição de entrevista com a Gerente de Enfermeira- Hospital C

Pesquisadora: Bem, a minha pesquisa ela está dividida em quatro momentos, no primeiro momento eu vou querer saber um pouco sobre você, depois eu vou querer saber um pouco sobre as características do hospital, sobre o setor em que você trabalha, depois falaremos um pouco sobre hospitalidade e por fim falaremos um pouco sobre a prestação de serviços que foram voltadas aos pacientes com COVID-19, os acompanhantes e os visitantes. E a primeira pergunta que eu te faço, eu gostaria de saber qual é a sua formação?

Gerente de enfermagem hospital C: Eu sou enfermeira.

Pesquisadora: E atualmente, qual é o seu cargo que você ocupa na instituição? É esse como enfermeira?

Gerente de enfermagem hospital C: Eu sou gerente de enfermagem

Pesquisadora: Ok, você poderia me dizer em relação a esse cargo que você ocupa agora. Qual a interface desse, no caso do setor de enfermagem, da assistência com o setor de hotelaria hospitalar, humanização, do atendimento ao paciente de fato?

Gerente de enfermagem hospital C: Porque na verdade eu gerencio o maior serviço que tem dentro do hospital que é o serviço de enfermagem né, e então é onde tem as maiores queixas, onde tem as maiores demandas, onde tem o maior contato com o paciente, então é uma relação direta com bastante serviço.

Pesquisadora: Você poderia me falar um pouco sobre a instituição, mais ou menos ano de fundação?

Gerente de enfermagem hospital C: A instituição é privada, tem 67 anos é... é uma instituição que começou com 2 médicos fundadores e hoje são as duas famílias desses 2 médicos que são sócios.

Pesquisadora: A quanto tempo você trabalha na empresa?

Gerente de enfermagem hospital C: 17 anos

Pesquisadora: E você já trabalhou nesse mesmo setor em outros hospitais?

Gerente de enfermagem hospital C: Na gerencia de enfermagem não.

Pesquisadora: Na instituição, no caso nessa instituição em que você trabalha, existe um setor específico voltado para o atendimento do paciente, hotelaria hospitalar, humanização?

Gerente de enfermagem hospital C: Não a gente tem o setor de ouvidoria, mas a gente não tem.

Pesquisadora: E no caso, quem é responsável por acolher e atender o paciente?

Gerente de enfermagem hospital C: A maioria das vezes a própria enfermagem né, a enfermeira do setor e a gente tem um suporte também do serviço de psicologia. E agora começou a... agora nós temos uma pessoa do administrativo que está trabalhando essas relações de hotelaria, mas ela está iniciando agora. Por isso que ■ pediu para falar comigo, porque como ela está iniciando agora, ainda montando esse serviço de... de questão de atendimento.

Pesquisadora: Entende, quantos colaboradores tem no seu setor?

Gerente de enfermagem hospital C: O hospital tem 550 funcionários, meu setor representa a aproximadamente uns 300.

Pesquisadora: Certo, e quantos profissionais desse em média, você poderia está me dizendo que está diretamente direcionado com os pacientes de COVID-19?

Gerente de enfermagem hospital C: Agora, agora eu tenho poucos, mas teve uma época que todos estavam, porque todo o hospital foi COVID.

Pesquisadora: E desses funcionários que estavam ligados com os pacientes. Quem eram esses profissionais? Qual era suas funções?

Gerente de enfermagem hospital C: Técnicos de enfermagem e enfermeiros, e tinha os administrativos.

Pesquisadora: Vocês tiveram que contratar mais pessoas? Ampliar a equipe?

Gerente de enfermagem hospital C: Sim.

Pesquisadora: Certo, como é que foi a questão dos treinamentos com eles?

Gerente de enfermagem hospital C: Os treinamentos, a maior parte dele foi feito por via digital, treinamento online. Porque não podia fazer aglomeração.

Pesquisadora: E você poderia me dizer um pouco sobre o perfil desses profissionais, levando em consideração algumas restrições que a gente teve voltadas para essa pandemia, tendo em vista que muitos hospitais liberaram seus funcionários com mais idade. Você poderia me dizer a Faixa?

Gerente de enfermagem hospital C: Aqui, todos do grupo de risco foram afastados.

Pesquisadora: E mediante a faixa etária, a faixa etária de idade desses novos profissionais?

Gerente de enfermagem hospital C: Nos só chamamos pessoas que não eram do grupo de risco.

Pesquisadora: Entende, e em relação aos acompanhantes né, e os visitantes. Como foi que vocês agiram, é mediante a essa pandemia? Abriram para visitas?

Gerente de enfermagem hospital C: A visita foi restrita e acompanhante só para pacientes gestante, idosos ou com... com algum outro tipo de restrição. Os outros não tinham acompanhantes e nem visitas.

Pesquisadora: Ok, quantos leitos vocês possuem atualmente na instituição?

Gerente de enfermagem hospital C: 14 de UTI e 54 apartamentos.

Pesquisadora: E quantos desses leitos vocês tinham voltados para os pacientes de COVID?

Gerente de enfermagem hospital C: Eram todos.

Pesquisadora: Vocês tiveram que readaptar mais leitos? É adequar, criar mais leitos?

Gerente de enfermagem hospital C: A gente ampliou a emergência.

Pesquisadora: Ok, bem é... em relação aos colaboradores, no caso o hospital teve novos espaços? Tiveram readequações, novos espaços para esses colaboradores? Pensou-se em alguma coisa diferente para eles?

Gerente de enfermagem hospital C: Sim, foi feita uma readequação de espaço para alimentação, para repouso tudo por conta do... da questão da pandemia.

Pesquisadora: Certo, e ações, você poderia citar para mim algumas ações que foram voltadas para essas necessidades desses colaboradores? Fora essas alas, esses espaços que foram criados, tiveram pequenas ações?

Gerente de enfermagem hospital C: Fechamento de refeitório é... ausência de treinamentos nos, no auditório né. A gente não teve, mas teve que manter a adequação de treinamentos, ouve também um treinamento muito grande em relação ao uso de EPI, paramentação, desparamentação. É o uso de EPI dentro dos setores, é a questão da readequação do repouso para que eles não ficassem em aglomeração, principalmente os setores que tem muitos funcionários. Então tudo isso foi feito.

Pesquisadora: Entende, o hospital disponibilizou testes rápidos para todo mundo, para os colaboradores?

Gerente de enfermagem hospital C: Não, teste rápido não, foi feito mesmo outro teste o SWAB.

Pesquisadora: Vocês... Teve a criação de novos protocolos de assepsia, processos voltados para vocês colaboradores?

Gerente de enfermagem hospital C: Teve voltado para COVID. Agora também que a gente está fazendo protocolo de retorno de cirurgia.

Pesquisadora: Certo, tiveram mudanças nas escalas? Nas jornadas de trabalho?

Gerente de enfermagem hospital C: Teve.

Pesquisadora: Bem, agora a gente vai falar um pouco sobre a hospitalidade, eu queria analisar a sua percepção sobre hospitalidade. O que que você entende sobre hospitalidade?

Gerente de enfermagem hospital C: Hospitalidade, no meu entendimento seria mais um... as ações que a gente pode estar fazendo para melhorar né, a qualidade dessa permanência, do tempo de permanência aqui no hospital. Então, quais são as ações que a gente pode fazer, durante essa permanência do paciente aqui.

Pesquisadora: Entendi, bem é pensando no que você acabou de me dizer, tu podes comentar comigo se você percebeu algumas dessas ações de hospitalidade voltadas para os colaboradores antes e depois da pandemia? Que tipos ações foram essas? Você conseguiu identificar alguma?

Gerente de enfermagem hospital C: Olha, nós buscamos pros os colaboradores fazer o que é... melhorar a questão dos lanches nos setores, então os lanches subiam para os setores para que eles não terem que descer, mas a gente fez uma maneira mais elaborada né, tentando dá uma melhor qualidade, a questão da distribuição de roupas privativas para eles também, pra que eles se sentissem mais seguros e não ter que usar a farda e levar e trazer. Então o hospital disponibilizava roupa daqui, é... as questões de não deixar passar, a gente passou pela semana de enfermagem, dia do técnico, dia do enfermeiro, então sempre buscando fazer as comemorações, mas de uma maneira digital fazendo vídeos, fazendo homenagens para eles, mas tudo de madeira digital para evitar o contato, mas ai a gente conseguiu o dia do

trabalhador, semana da enfermagem, tudo isso foi... dia do faturista. Então tudo isso, a gente trabalhou nessa época de pandemia.

Pesquisadora: E para os pacientes com COVID, você também poderia me dizer sobre essas ações? Se tiveram ou se tu conseguiste perceber com os pacientes?

Gerente de enfermagem hospital C: Olha, o que a gente conseguiu fazer foi, é Telechamada né, com os pacientes e a família por não estarem com acompanhantes, por não estarem com visita. A questão das... das ligações a psicóloga não podia ficar entrando no apartamento, mas ela ligava fazia um atendimento via telefone com o paciente internado de COVID. É houve ampliação do serviço, foi contratado mais psicólogos justamente para poder suprir né, porque a demanda aumentou muito, como tinha muita gente só, então aumentou bastante a demanda de atendimento, elas tinham uma ficha que elas também entravam em contato com a família, para dar um retorno sobre esse paciente, faziam esse link também. É como a família não estava vindo para ter notícia do paciente, então elas falavam com a equipe de enfermagem, com os médicos e entrava em contato com a família pra dar... com o fisioterapeuta e dava uma visão geral do dia do paciente para família também.

Pesquisadora: Isso durante a pandemia né?

Gerente de enfermagem hospital C: Isso, isso.

Pesquisadora: Certo, e antes da pandemia o hospital no caso você...

Gerente de enfermagem hospital C: É o que?

Pesquisadora: E antes da pandemia? Essas ações assim, tanto para os colaboradores quanto para os pacientes, tu consegue identificar e descrever algumas?

Gerente de enfermagem hospital C: Olha, a questão da educação continuada né, que é uma coisa que a gente tem trabalhado, que é uma coisa que melhora e a gente sente, e incentiva mais o funcionário até do que qualquer incentivo financeiro, é a questão do se sentir é... empoderado, é do se sentir treinado, porque vai fazer um treinamento vai aumentando a percepção e eles vão se sentindo mais acolhidos também.

Pesquisadora: Sim, isso é verdade essa questão do acolhimento né tudo isso que você relatou, eu entendo que faz total diferença para os colaboradores de forma geral, e é importante que a instituição pense um pouco sobre. Bem, ainda sobre a perspectiva da hospitalidade é... a questão do acolher, desde do primeiro

contato por telefone, da hospedagem né todo o contato com o cliente dentro da Unidade de Internação, o alimentar e o entreter desse paciente. Eu gostaria que você identificasse para mim essas ações que foram direcionadas para esse paciente com COVID, se tu puderes identificar pra mim. E eu gostaria de ver com você por partes, o acolher como é que foi?

Gerente de enfermagem hospital C: É nós tivemos uma mídia interna falando sobre é... como deveria ser o paciente, o que que ele deveria observar no caso “há como ele está muito dele só dentro do apartamento”, nós fizemos um adesivo em que ele olhasse quaisquer sintomas desses chame imediatamente a enfermagem”, né também era uma forma dele, botamos perto da televisão porque ai eles ficavam olhando e qualquer coisa eles chamavam. A visita né, que no primeiro momento a equipe ficou muito... com muito mesmo, porque era algo muito novo, então algo muito...aterrorizante para todo mundo né, então até todo mundo se sentir seguro de como agir, de como fazer.

Pesquisadora: E no hospedar como é que foi isso? O hospedar no caso o cliente no leito, como é que foi?

Gerente de enfermagem hospital C: Olha, a principal mudança que a gente viu foi justamente não ter o acompanhante presente, porque uma das coisas que é... obrigatórias para que o paciente possa internar no hospital, é a presença de um acompanhante. Então ele se hospedar sozinho, ele estar sozinho pra gente foi difícil. Como a gente tem um número grande de idoso, então a gente sempre teve o paciente acompanhado. Aí o idoso foi liberado para que ficassem com o acompanhante aqui, então ao mesmo tempo que a gente tinha uma grande parcela sem acompanhante, a gente também tinha uma grande parcela com acompanhante que... acabaram alguns virando nossos pacientes também porque se contaminaram por estar acompanhando pacientes com COVID.

Pesquisadora: E o alimentar como é que foi isso, com esses pacientes? A questão da alimentação, Serviço de Nutrição e Dietética?

Gerente de enfermagem hospital C: É a nutricionista também ela foi orientada pelo conselho fazer a consulta dela via telefone, mas as copeiras passavam e entregavam as refeições né, e o alimentar o idoso como tinha acompanhante a família auxiliava nessa alimentação, e os outros se alimentavam sozinhos, mas eram entregues pela copeira, pelo serviço de copa do hospital.

Pesquisadora: E em relação ao entreter tu poderias identificar para mim alguma ação voltada para o entretenimento desses pacientes, coisas que entretece ele?

Gerente de enfermagem hospital C: É o entretenimento ficou por conta das ações a psicóloga fazia né, ela fazia algumas dinâmicas, algumas poesias por telefone, alguns tipos de testes mais específicos que eu não sei te dizer direito, algumas tarefas que serviam como entretenimento que ela deixava para que no dia seguinte ela cobra-se, entendeu? Então isso acabava sendo entretenimento porque ela deixava aquela... tarefa para que eles fizessem pro seguinte e... basicamente isso porque também como é uma doença que acaba deixando muito debilitada, até aquela questão assim... então a fisioterapia que é também, fazia fisioterapia nos apartamentos e trabalhava muito essa questão do entreter na hora do atendimento.

Pesquisadora: Bem é, existe uma autora nos estudos de hospitalidade e hotelaria hospitalar que ela se chama Anne Gotman, e para ela a hospitalidade vem ser uma relação estabelecida entre dois protagonistas, aquele que recebe e aquele que é recebido, ou seja, o anfitrião e o hospede. Eu gostaria de te perguntar, e no hospital? Em que momento você se sente anfitriã e hospede nas suas relações que você estabelece no dia-a-dia? Não bem se tu conseguiu me compreender.

Gerente de enfermagem hospital C: Anfitriã quando eu estou com algum acompanhante, quando eu estou com alguma paciente né, conversando, quando em algum atendimento que a gente vai fazer sobre alguma queixa. E hospede mais quando eu estou recebendo o pessoal da ouvidoria aqui do hospital e tudo.

Pesquisadora: Ok, agora a gente vai falar um pouco sobre a prestação de serviços, eu consegui identificar alguns que tu já me dissertes que foram prestados aos pacientes, e você poderia me identificar mais alguns. Os principais serviços prestados para esses pacientes com COVID-19, os acompanhantes e visitantes?

Gerente de enfermagem hospital C: É o que? Cortou eu não consegui entender.

Pesquisadora: Se tu poderias identificar pra mim. Quais foram os principais serviços prestados para os pacientes com COVID-19, os acompanhantes e os visitantes? Fora o que tu já comentaste comigo.

Gerente de enfermagem hospital C: É, os serviços prestados foram basicamente a assistência mesmo da parte farmacológica né, a assistência de terapia respiratória e motora, é a atenção que foi redobrada sobre os parâmetros vitais também né, devido a essa patologia e as questões psíquicas também que a agente percebeu que houve uma alteração psíquica muito grande nesses pacientes devido ao isolamento, devido ao medo da morte, e... e tudo até o entretenimento desse paciente foi comprometido, porque ele estava com COVID, ele ligava a TV e só se falava de COVID, via todo dia a quantidade que estava aumentando que estava morrendo tudo. Então isso houve um distúrbio psíquico muito grande nele. Ainda falta muito?

Pesquisadora: Não, já estamos quase finalizando prometo ser breve. Bem é... E teve diferença nessa prestação de serviço com os pacientes que estavam na UTI e na Unidade de internação? Teve diferença?

Gerente de enfermagem hospital C: Só de gravidade, atendimento assim relacionado a gravidade... da gravidade do quadro dele.

Pesquisadora: Você pode identificar pra mim as modificações nesses serviços levando em consideração os aspectos tangíveis (tocáveis) e os intangíveis que foram oferecidos para esses pacientes. Você poderia identificar para mim essas ações, se teve essas modificações que foram oferecidos para esses pacientes com COVID?

Gerente de enfermagem hospital C: Olha, os intangíveis o que a gente sentiu a maior diferença, teve o maior impacto eu acredito que foi a comunicação visual, porque aqui nós temos um fardamento de cores diferentes, então o técnico usa uma cor, o enfermeiro usa outra, e de repente estava todo mundo de roupa privativa, sem o crachá, sem o fardamento. Então, isso acabou dificultando muito a percepção do paciente sobre quem o estava atendendo né, no momento. E em relação as questões tangíveis é... na verdade a gente teve algumas alterações assim com dúvidas né, é de equipamentos, de EPI's que a gente teve que redimensionar, readministrar, modificar, então antes mesmo dentro do hospital não era habito a gente tá de máscara o tempo inteiro, então isso acaba... todo mundo teve que se acostumar a falar, a forma de alguns procedimentos mudou principalmente o atendimento que são relacionadas as vias respiratórias. Então todo mundo teve que se readequar e como entubar paciente, como agir em uma parada né, então tudo isso precisou ser reformulado.

Pesquisadora: Certo, e agora eu gostaria que você descrevesse para mim os serviços que foram oferecidos para esses pacientes durante todo o seu tempo de permanência no hospital, momento da chegada, momento da internação e momento da alta.

Gerente de enfermagem hospital C: Olha, na verdade assim aqui a gente não trabalha com parto e a gente não trabalha com cirurgia plástica, então a gente já está acostumado a atender paciente doente né, “O doente” então a gente não... porque quando você vai ter um filho, você vai fazer uma cirurgia plástica é um outro contexto, é quando a pessoa está feliz porque está fazendo uma cirurgia que vai me deixar com uma aparência melhor. Você vai ter um filho que é uma criança que você está esperando por 9 meses, então a gente já tem uma clientela que é voltada para doença né, mas essa doença foi um doença especificamente que assustou muito, todo mundo né então assim cada a cada paciente que chegava a gente via, é principalmente no começo um agravamento muito forte né, o número de óbitos que foi aumentando de maneira muito rápida, porque muitas das vezes as pessoas já chegavam com um quadro muito agudo e depois a gente via nas altas é... uma renovação né da gente com profissional de ver que a gente começou a trilhar um caminho certo, que as pessoas procuraram também a procurar o hospital de uma maneira mais precoce, não esperando tanto o adiantamento da doença, mas acho que basicamente isso.

Pesquisadora: Certo, mas você poderia comentar comigo quais foram os serviços que foram oferecidos na chegada desse paciente ao hospital e quando ele estava no internado?

Gerente de enfermagem hospital C: Assim, fora o que eu já disse o paciente recebia toda a assistência né da equipe assistencial desde a sua chegada até a sua alta.

Pesquisadora: E fora esses que você relatou como que eram procedidos e quais foram esses serviços que eram prestados para eles no momento da alta?

Gerente de enfermagem hospital C: Orientações pós-alta né, sobre a permanência de isolamento, sobre a questão de contágio, sobre a desmistificar algumas coisas que estavam sendo colocadas em redes sociais e também a alimentação, os cuidados com a alimentação, com retorno a atividades físicas e alguns saíam ainda sem o resultado. Então, alguns ficavam pendente o resultado e no pós-alta ele entrava em contato para se ter o resultado a pacientes.

Pesquisadora: Entende, é... Ainda sobre momentos, e no momento da morte? Vocês tiveram que lidar com o momento da morte mais do que nunca né, levando em consideração essa pandemia. Como é que foi? Como é que a equipe foi impactada? Como é que vocês agiram nessa situação, teve preparação não teve?

Gerente de enfermagem hospital C: Foi muito complicado, porque teve-se que se montar uma nova estrutura... um novo cuidado desse pós-morte então é... muitas famílias reconheciam por foto né a pessoa, para poder fazer o... não tinha aquele momento do luto, do ficar. Não tinha, isso foi tirado da família, e isso impacto também muito a nossa equipe porque a gente não, a gente muitas das vezes não teve como é... ser mais sutil nesse atendimento né, então é um momento difícil todo mundo sabe que é, mas a gente também estava em uma situação muito complicada.

Pesquisadora: Entende, e agora minha última pergunta a você é complementa a que eu já havia feito anteriormente. Você poderia comentar comigo mais um pouco sobre os treinamentos, se teve algum treinamento mais específico que foram voltados para esses pacientes com COVID?

Gerente de enfermagem hospital C: É teve treinamento de paramentação, desparamentação, treinamento de uso de EPI, treinamento de áreas, treinamentos das ações assistenciais, nas mudanças nas... atividades por exemplo, intubação como deveria ser a partir de agora. Então todas essas rotinas que mudaram foram treinadas.

Pesquisadora: Bem, ██████████ finalizamos aqui a nossa entrevista e mais uma vez eu queria te agradecer por ter disponibilizado seu tempo.

Gerente de enfermagem hospital C: Ok, beijos tchau e obrigada.

Pesquisadora: Eu que lhe agradeço.