

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE HOTELARIA

ANA KAROLINE DA SILVA MUNIZ

**RELAÇÕES DE HOSPITALIDADE E GESTÃO DE *STAKEHOLDERS* NO
MOMENTO DA MORTE:** estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados de São
Luís/MA

São Luís
2018

ANA KAROLINE DA SILVA MUNIZ

**RELAÇÕES DE HOSPITALIDADE E GESTÃO DE *STAKEHOLDERS* NO
MOMENTO DA MORTE: estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados de São
Luís/MA**

Monografia apresentada ao Curso de Hotelaria da
Universidade Federal do Maranhão, para a
obtenção do título de bacharel em Hotelaria.
Orientador: Prof. Me. Ruan Tavares Ribeiro

São Luís - MA
2018

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

MUNIZ, Ana Karoline da Silva.

Relações de hospitalidade e gestão de stakeholders no momento da morte: um estudo de casos múltiplos em hospitais privados de São Luís - MA / Ana Karoline da Silva Muniz. - São Luís, 2018.

113 f.

Monografia (Graduação) - Curso de Hotelaria, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

Orientador(a): Ruan Tavares Ribeiro.

1. Hospitalidade. 2. Momento da Morte. 3. Serviços. 4. Stakeholders. I. Título

CDU:

ANA KAROLINE DA SILVA MUNIZ

**RELAÇÕES DE HOSPITALIDADE E GESTÃO DE *STAKEHOLDERS* NO
MOMENTO DA MORTE:** estudo de casos múltiplos em Hospitais Privados de São
Luís/MA

Monografia apresentada ao Curso de Hotelaria da
Universidade Federal do Maranhão, para a
obtenção do título de bacharel em Hotelaria.
Orientador: Prof. Me. Ruan Tavares Ribeiro

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ruan Tavares Ribeiro (Orientador)
Mestre em Hospitalidade - UAM
Universidade Federal do Maranhão

Prof. (Professor Convidado)

Prof. (Professor Convidado)

Aos meus pais, que sempre me incentivaram,
deram força e acreditaram na minha
capacidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por seu imenso amor, por me dar forças todos os dias e por me ajudar a superar as dificuldades.

Aos meus pais, Dina Rosa da Silva e Deodoro Pedro Muniz, eu agradeço pelo amor, dedicação, pelo cuidado, os ensinamentos me dado e os sacrifícios para garantir a base educacional a mim proporcionada. Sem o incentivo de vocês eu não conseguiria chegar até aqui.

Aos meus irmãos, Uelen Silva, Alan Silva e Amanda Gonçalves, por me inspirarem todos os dias a persistir e lutar por meus objetivos. E, aos meus pequenos sobrinhos, Eva Smith e Vinicius Batista, por todos os momentos de alegria, que me revigoraram durante esta minha caminhada.

Agradeço a Isaias Santos, meu grande apoiador e namorado querido. Obrigado pelo amor, pelo carinho e compreensão durante essa jornada.

Aos meus professores da graduação, que compartilharam seus conhecimentos contribuindo com o meu aprendizado.

Ao meu orientador, Ruan Tavares, pelas contribuições, por compartilhar comigo sua experiência e o seu tempo durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

As colaboradoras dos hospitais entrevistadas que dedicaram um pouco do seu tempo para responder aos meus questionamentos. A contribuição de vocês foi fundamental para o meu trabalho.

Por fim, a Universidade Federal do Maranhão, por ter me recebido, pelo apoio oferecido por meio dos recursos e do ambiente favorável de ensino que me proporcionaram anos de aprendizagem muito ricos.

RESUMO

A hospitalidade e a humanização configuram-se como estratégias importantes, sejam para ajudar na recuperação dos pacientes ou para que eles possam ter uma morte digna dentro do ambiente hospitalar. O objetivo deste trabalho é analisar de que forma as possíveis relações de hospitalidade no momento da morte em hospitais privados influenciam na prestação de serviços. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de casos múltiplos de caráter exploratório-descritivo tendo como base as entrevistas semiestruturadas com os profissionais do setor responsável pelo momento da morte em cada um dos hospitais escolhidos para o estudo. Os dados foram coletados e organizados a partir de uma categorização previamente elaborada e analisada por meio do método de análise de conteúdo. Verificou-se que as colaboradoras entrevistadas tiveram percepções conceituais generalizadas quanto ao conceito de hospitalidade, os principais *stakeholders* identificados foram os mesmos para os dois hospitais analisados, bem como os serviços prestados no momento da morte. Outro ponto a ser considerado é que, as colaboradoras entrevistadas foram unânimes ao reconhecer a importância da hospitalidade com os *stakeholders* como potencial capaz de melhorar a qualidade dos serviços, sendo a hospitalidade, segundo as entrevistadas, um fator que influencia diretamente na avaliação dos familiares sobre os hospitais. Dessa forma, comprova-se que as relações de hospitalidade entre o setor que atua no momento da morte e seus *stakeholders* influenciam na prestação de serviços de forma que os proporciona qualidade e boa avaliação do hospital por parte dos clientes de saúde.

Palavras-Chave: Hospitalidade. Momento da morte. Serviços. *Stakeholders*.

ABSTRACT

Hospitality and humanization are configured as important strategies, either to assist in the recovery of patients or to enable them to have a dignified death within the hospital environment. The objective of this study is to analyze how the possible relations of hospitality at the moment of death in private hospitals influence the provision of services. For that, a multiple-case study of exploratory-descriptive character was developed, based on the semi-structured interviews with the professionals of the sector responsible for the time of death in each of the hospitals chosen for the study. The data were collected and organized from a categorization previously elaborated and analyzed through the method of content analysis. It was verified that all collaborators interviewed had generalized conceptual perceptions regarding the concept of hospitality, the main stakeholders identified were the same for the two hospitals analyzed, as well as the services rendered at the time of death. Another point to be considered is that the collaborators interviewed were unanimous in recognizing the importance of hospitality with stakeholders as a potential capable of improving the quality of services, and hospitality, according to the interviewees, is a factor that directly influences the evaluation of family members the hospitals. In this way, it is verified that the hospitality relations between the sector that acts at the time of death and its stakeholders influence the delivery of services in a way that provides them with quality and good evaluation of the hospital by the health clients.

Key-words: Hospitality. Moment of death. Services. Stakeholders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Os três momentos de um cliente no hospital	16
Figura 2: Evolução da hotelaria hospitalar	17
Figura 3: Organograma do departamento de hotelaria hospitalar	18
Figura 4: Mapa dos stakeholders.....	49
Figura 5: Mapa dos <i>stakeholders</i> dos hospitais	51
Figura 6: Entrevistados do setor responsável pelo momento da morte	56
Figura 7: Mapa de stakeholder dos Hospitais A e B.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Serviços comuns da hotelaria que podem ser adaptados à atividade hospitalar .	19
Quadro 2: Serviços de hotelaria que podem ser implantados e adaptados à atividade hospitalar	20
Quadro 3: Estágios do processo de morrer	25
Quadro 4: Tempo/espço da hospitalidade	32
Quadro 5: Fatores que propiciam o aumento da demanda de serviços.....	41
Quadro 6: Adaptado dos tipos de serviços	42
Quadro 7: Características dos serviços	42
Quadro 8: Classificação dos serviços sem propriedades	43
Quadro 9: Classificação dos stakeholders	47

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

SND:	Serviço de Nutrição e Dietética
ONA:	Organização Nacional de Acreditação
UTI:	Unidade de Tratamento Intensivo
C.P.H.A:	Coordenadora de Psicologia do Hospital A
G.E.H.B:	Gerente de Enfermagem do Hospital B

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	HOTELARIA HOSPITALAR E MOMENTO DA MORTE	14
2.1	Hotelaria Hospitalar	14
2.2	Momento da morte.....	22
3	HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	29
3.1	Hospitalidade	29
3.2	Humanização.....	35
4	SERVIÇOS E GESTÃO DE STAKROLDERS	40
4.1	Serviços.....	40
4.2	Gestão de stakeholders	45
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
5.1	Tipo de estudo	52
5.2	Instrumentos de coleta de dados	53
5.3	Descrição e análise dos dados.....	53
5.4	Apresentação dos locais de estudo.....	54
5.4.1	Hospital A	55
5.4.2	Hospital B	55
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
6.1	Análises do conteúdo das entrevistas	56
6.1.1	Percepção de Hospitalidade	56
6.1.2	Percepção de Humanização	60
6.1.3	Percepção de Serviços	64
6.1.4	Percepção de <i>Stakeholders</i>	68
6.2	Discussão	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	83

1 INTRODUÇÃO

A hospitalidade oferecida pelo hospital tem o papel de garantir a qualidade e eficiência ao serviço que se propõe ao cliente de saúde. GODOI (2004, p. 41) menciona que “a hospitalidade pode e reduz radicalmente a dor de pacientes e familiares no momento de dor e sofrimento”. Dessa forma as relações de hospitalidade se fazem importante ao paciente no momento da morte.

Assim como a hospitalidade, a humanização também contribui para minimizar os inconvenientes normalmente gerados no ambiente hospitalar durante a internação. A respeito da humanização no momento da morte, Silva (2010) aponta que a assistência humanizada se faz importante neste momento como forma de amenizar o sofrimento existente no processo de morte, neste sentido, Alencar; Lacerda e Centa (2005) citam que o cuidado humanizado se desenvolve quando a equipe médica atende as necessidades dos pacientes e seus familiares ou proporcionando uma morte digna e com serenidade. O setor de hospitalidade e os programas de humanização integram o setor de hotelaria hospitalar este, por sua vez, tem a função de promover conforto e bem-estar aos pacientes por meio da integração de novos serviços de assistência que possam promover atendimento de qualidade aos clientes de saúde.

A ocorrência de morte no ambiente hospitalar é frequente, no entanto, promover hospitalidade no momento da morte ainda é um desafio enfrentado pelos hospitais. De acordo com Boeger (2011), em muitos hospitais o profissional de saúde se distancia do papel de assistência no momento da morte por não existir uma preocupação clara com o seu enfrentamento. Sendo assim, para a manutenção das relações de hospitalidade o hospital deve preocupar-se com a valorização da influência de seus *stakeholders* para a garantia da prestação de serviços de qualidade e a manutenção das relações de hospitalidade no momento da morte. Afinal os *stakeholders* são todos os grupos ou indivíduos cuja suas atividades influenciam para a conquista dos objetivos da empresa.

As relações de hospitalidade praticadas pelos hospitais devem ser voltadas para todos os clientes de saúde, de forma que não negligencie os pacientes e familiares no momento da morte. Dessa forma, o hospital não se torna o local perfeito para se ficar, mas permite o resgate da dignidade que o ser humano tenha atendido suas principais necessidades nesse período crítico de sua vida. (GODOI

2004, p. 43). Sendo assim, o hospital deve manter uma relação de hospitalidade também com seus *stakeholders*, Freeman (1984) afirma que o sucesso das organizações depende da forma como gerenciam as relações com seus *stakeholders*.

O interesse em pesquisar sobre este assunto surgiu a partir das aulas da disciplina hotelaria hospitalar onde o tema morte foi comentado e debatido. Na oportunidade realizou-se visita técnica a um hospital privado de São Luís onde ficou conhecido o tratamento prestado ao paciente no momento da morte, logo surgiu a inquietação em analisar a relação de hospitalidade no momento da morte em hospitais privados.

Após pesquisas sobre o tema no portal de periódicos, teses e dissertações da CAPES, Google Scholar e SCielo, concluiu-se que há pesquisas relacionadas a esse assunto, destacando-se os trabalhos de autores como Perezim (2015) que aborda a hospitalidade e morte no ambiente hospitalar, evidenciando aspectos relacionados ao cuidado que deve ser ofertado ao moribundo e aos mortos; Boeger (2011), Costa e Lima (2005) abordam sobre o despreparo dos profissionais para atuar no momento da morte, o que impede a prática da hospitalidade nesse momento. Já no âmbito do curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão, após pesquisas realizadas no Núcleo de Projetos e Pesquisas em Hotelaria da UFMA, foi possível constatar o caráter inédito da presente pesquisa, tendo em vista a inexistência de investigações sobre essa temática. Contudo, após pesquisas sobre essa temática em WebSites de hospitais da cidade de São Luís, foi possível identificar a realização de um evento sobre esse assunto em um hospital da rede privada, no qual foram abordados aspectos relacionados a morte, perdas e luto no ambiente hospitalar.

A presente pesquisa se faz importante para contribuir com o desenvolvimento e a construção de informação e conhecimento sobre as relações de hospitalidade no momento da morte em hospitais privados de São Luís e para colaborar com o entendimento de como a gestão dos seus *stakeholders* influenciam nos serviços prestados por esses hospitais.

Assim, surge o seguinte problema de pesquisa: de que forma as possíveis relações de hospitalidade com os *stakeholders* relacionados ao momento da morte influenciam na prestação de serviços de hospitais privados?

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar de que forma as possíveis relações de hospitalidade com os *stakeholders* relacionados ao momento da morte influenciam na prestação de serviços de hospitais privados. E como objetivos específicos, espera-se: analisar a percepção de hospitalidade dos responsáveis pelo momento da morte em hospitais privados; identificar os serviços oferecidos no momento da morte pelos hospitais privados; e identificar os principais *stakeholders* que influenciam no momento da morte em hospitais privados.

Com o intuito de responder o problema de pesquisa e alcançar os objetivos propostos, optou-se por estruturar a pesquisa da seguinte forma: no primeiro capítulo serão levantadas discussões relacionadas a hotelaria hospitalar considerando o pensamento de autores como Boeger (2017) que a descreve como um importante setor que agrega valor aos serviços oferecidos pelo hospital e proporciona mais conforto e segurança aos clientes de saúde por meio dos serviços de apoio. Ainda no primeiro capítulo, serão desenvolvidas reflexões acerca do momento da morte, evidenciando o pensamento de autores como Queiroz e Combinato (2006), Kovács (1992), Borges e Mendes (2012), Kubler Ross (1996) que evidenciam a morte como um processo natural tanto quanto o nascer, mas que é um tema evitado pela sociedade, fazendo com que a morte seja vista como um ato de fracasso. Spíndola (1994), Borges e Mendes (2012), relatam que o hospital não está preparado para o momento da morte dos pacientes, pois é neste local que os profissionais são preparados para o não enfrentamento da morte. Nessa perspectiva, Boeger (2011) aponta que os profissionais da saúde não dão a devida assistência ao paciente no momento da morte.

No segundo capítulo, a hospitalidade e humanização serão discutidas, evidenciando o pensamento de autores como Camargo (2004) que descreve a hospitalidade como o ato de acolher bem as pessoas que se encontram fora do seu convívio habitual, ofertando a elas acolhimento, hospedagem, alimentação e entretenimento, onde estes pilares constituem os eixos da hospitalidade, nessa vertente, destacam-se as contribuições de Perezim (2015), que faz a ligação da prática hospitaleira no momento da morte com estes quatro eixos da hospitalidade. Por sua vez, a humanização é abordada considerando o pensamento de autores que a consideram essencial para garantir a dignidade da palavra e, por conseguinte promove tratamento mais humano.

No terceiro capítulo, são abordados os serviços, e a gestão de *stakeholders*. O primeiro é apresentado segundo o pensamento de autores como Silva (2011), Kotler e Keller (2006) que apresentam o conceito de serviços. As contribuições de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) merece destaque as características dos serviços. Las Casas (2006) destaca as classificações dos serviços de acordo com a atividade, considerando o esforço de compra do consumidor. A gestão de *stakeholders* é evidenciada segundo a sua importância para o bom desempenho da organização.

No quarto capítulo, serão apresentados os procedimentos metodológicos da pesquisa, destacando-a como qualitativa, tendo em vista que visa o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização. Além de evidenciar que optou-se por um estudo de casos múltiplos.

No capítulo seguinte são apresentadas a análise e discussão dos resultados que se realizou a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores dos hospitais de São Luís selecionados para o estudo.

Nas considerações finais, os resultados são comparados com os conceitos apresentados no referencial teórico, apresentam-se também as implicações práticas e as limitações desta pesquisa, procede-se sinalizando a recomendação e sugestão para a realização de outros estudos.

De modo geral, espera-se que o presente estudo sobre as relações de hospitalidade no momento da morte em hospitais privados contribua para um melhor entendimento a respeito da importância da qualidade na prestação de serviços e o bom processo de gestão dos *stakeholders* nos hospitais, como forma de contribuir para a otimização dos resultados organizacionais.

2 HOTELARIA HOSPITALAR E MOMENTO DA MORTE

Neste capítulo, em um primeiro momento, será feita uma abordagem conceitual sobre a hotelaria hospitalar, tomando como base o pensamento de autores e estudiosos que discorrem sobre o tema na perspectiva de que a hotelaria hospitalar por meio de diversos serviços de apoio oferece bem-estar aos pacientes. Em seguida, serão apresentadas discussões acerca do momento da morte. Diante do exposto, considerando que a ocorrência de morte é frequente nos hospitais, torna-se importante apresentar a visão do ser humano, principalmente profissionais da área médica, no que diz respeito à morte e a forma como são tratados os pacientes que vivenciam o momento da morte nos hospitais, dessa forma, evidencia-se a importância da hotelaria hospitalar para garantir tratamento de qualidade aos pacientes na instituição hospitalar.

2.1 Hotelaria Hospitalar

A procura pela qualidade é o objetivo de todas as empresas de produtos e serviços. No âmbito hospitalar não é diferente, portanto cada vez mais os hospitais buscam investir na modernização no que se refere a processos tecnológico e científico. No entanto, os clientes dos hospitais não eram contemplados da mesma forma na sua condição de pessoa constituída de emoções e desejos (GIL, 2015). Dessa forma, os pacientes se tornaram mais exigentes e começaram a buscar por hospitais que apresentasse um diferencial não só no âmbito tecnológico, mas também em ações mais humanas.

Nesse sentido, Gonçalves e Ferreira (2013) afirmam que é importante oferecer condições melhores nos dias de estadia dos clientes hospitalizados, priorizando não apenas a infraestrutura do ambiente, a cura de doenças e o tratamento médico, mas sim na humanização dos serviços que são dispensados aos clientes de saúde.

Portanto, os pacientes de acordo com as mudanças nas suas avaliações sobre as instituições de saúde, fazem comparações entre os serviços prestados pelos hospitais com o objetivo de optar por aquele que lhes ofereça muito mais do que equipamentos e tecnologia, eles buscam por ambientes que lhes ofereçam

também a segurança, o conforto, e o bem-estar para pacientes e para seus acompanhantes e familiares (BOEGER, 2008, p. 24).

Nesse cenário, diante da transformação do perfil dos clientes e da diversidade da oferta de serviços diferenciados, os hospitais buscaram a inclusão de novos processos, que pudessem atender as expectativas dos pacientes, familiares e acompanhantes tendo como foco o atendimento prestado e os serviços ofertados aos usuários. Dessa forma, os hospitais buscaram implantar a hotelaria em seu modelo de gestão. Nesse sentido, a hotelaria hospitalar é definida por Boeger (2003, p. 24) como “a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes conforto, segurança e bem-estar durante o seu período de internação ou em seu contato com a instituição de saúde”.

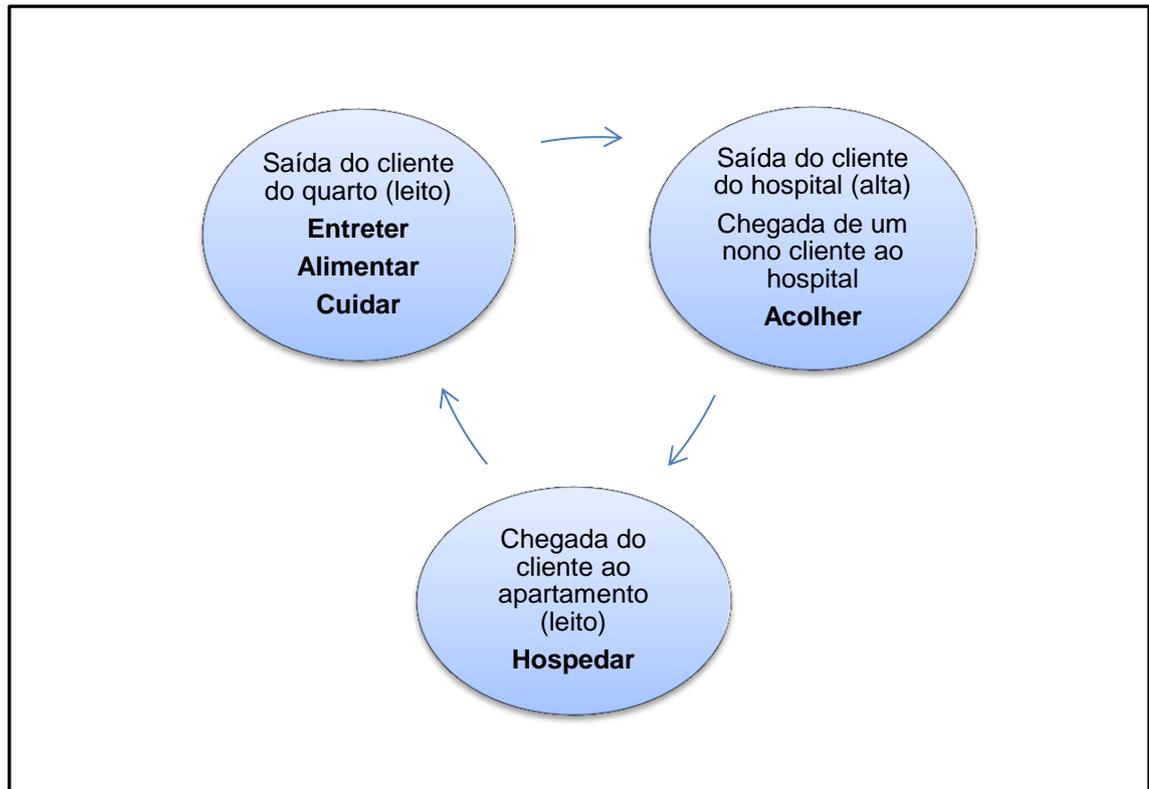
Nesse sentido, a hotelaria hospitalar traz aos hospitais a implantação de uma nova estrutura com serviços que visam o bem-estar dos pacientes na tentativa de livrar os hospitais de estereótipos como: ‘local frio’, comida sem sabor, entre outros, que aliados ao atendimento de qualidade promovem a valorização dos clientes. Para Taraboulsi (2006, p. 22), a hotelaria hospitalar é “uma tendência que veio para livrar os hospitais da ‘cara de hospital’ e que traz em sua essência uma proposta de adaptação à nova realidade do mercado, modificando e introduzindo novos processos, serviços e condutas”.

Sendo assim, para retirar essa ideia de local de sofrimento, os gestores dos hospitais buscam transformar a imagem clássica dos hospitais por meio da adoção de diferentes serviços que visam proporcionar ao cliente hospitalizado um ambiente mais agradável e hospitaleiro que minimizam os desconfortos da estada no ambiente hospitalar.

Dessa forma, preocupados com o bem-estar dos seus pacientes e com a competitividade cada vez maior no mercado de serviços de saúde, os hospitais preocuparam-se em oferecer melhores serviços que os diferenciassem, dessa forma, optou pela implantação da hotelaria hospitalar, a fim de promover “melhores condições de estadia aos pacientes” (GODOI, 2008).

A implantação do setor de hotelaria hospitalar visa à oferta de serviços que sejam hospitaleiros durante todo momento em que o cliente mantém contato com o hospital. Boeger (2011, p. 26) aponta que “a experiência do cliente em um hospital pode ser dividida em três momentos: sua chegada ao hospital, sua internação e sua alta”, conforme pode ser observado na figura a seguir:

Figura 1: Os três momentos de um cliente no hospital



Fonte: Boeger (2011, p. 26)

A partir da figura apresentada, pode-se afirmar que todo o processo de internação, do momento da chegada até a saída do cliente do hospital está vinculado às ações que constituem a hospitalidade, nesse sentido, as ações de hospitalidade devem ser integradas a todos os setores do hospital e não somente à hotelaria hospitalar.

Nesse sentido, na chegada ao hospital, o paciente deve ser acolhido não somente no sentido de recepcionar, mas também de promoção de eficiência em um ambiente confortável e seguro; na sua chegada ao apartamento deve-se hospedá-lo dando continuidade aos serviços assistenciais; na sua saída do leito, deve-se alimentá-lo considerando suas preferências, entretê-lo por meio de um ambiente descontraído e cuidar, lhe dando toda atenção necessária até o momento da sua saída do hospital (BOEGER, 2011).

Ressalta-se que com as mudanças no atendimento médico-hospitalar o paciente passou a ser visto de forma diferenciada e surgiu uma nova denominação: cliente de saúde, a qual abrange toda e qualquer pessoa que entra em contato com o hospital para adquirir serviços médico-hospitalares, ou simplesmente solicitar uma

informação, composto por pacientes, familiares, acompanhantes, visitantes, médicos, entre outros (OLIVEIRA et al, 2012).

A hotelaria hospitalar sempre existiu nas instituições de saúde, mas a forma como era estruturada não potencializava os serviços prestados. Boeger (2017, p. 26) defende esta afirmação ao citar que “na qualidade de serviço prestado ao cliente, a hotelaria dentro dos hospitais sempre existiu - ainda que de forma embrionária -, pois atividades como limpar, organizar, lavar, arrumar e atender são imprescindíveis nas instituições de saúde”.

Segundo o autor, na década de 1990, o foco da hotelaria hospitalar era a estrutura física da instituição de saúde. A partir dos anos 2000, novos *softwares* e tecnologias foram introduzidos, e a maior parte dos programas de acreditação começou a ser implementada. “Atualmente, a valorização do ambiente está em evidência, assim como o foco das atenções está sobre as pessoas” (BOEGER, 2017, p. 27). A partir da figura a seguir é possível ver a evolução da hotelaria hospitalar:

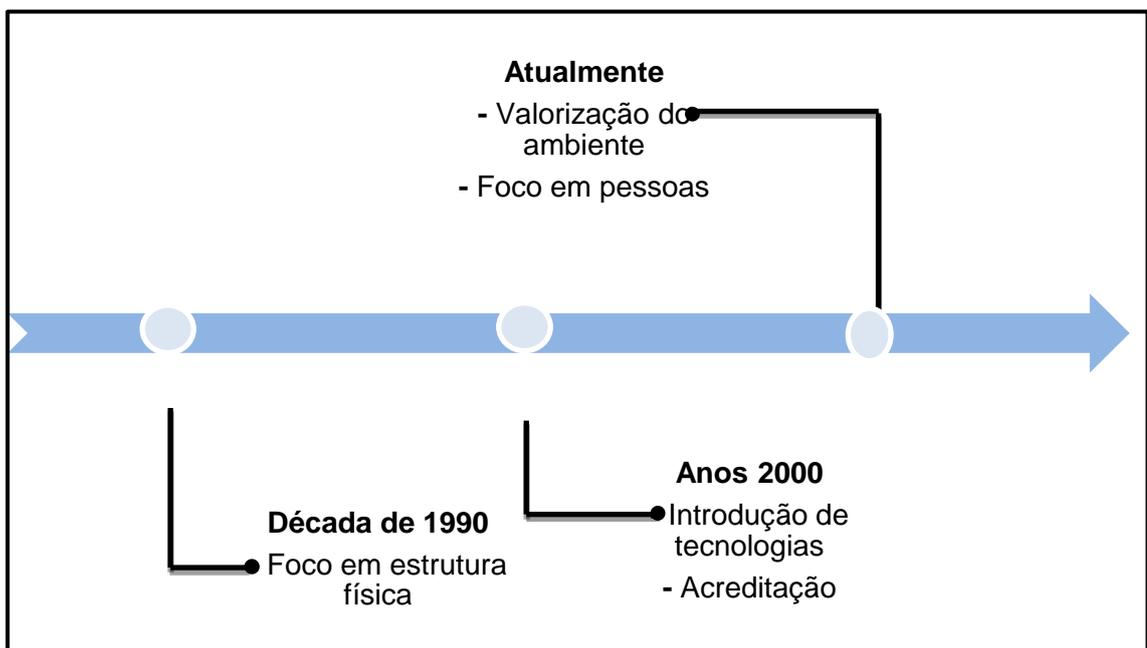


Figura 2: Evolução da hotelaria hospitalar

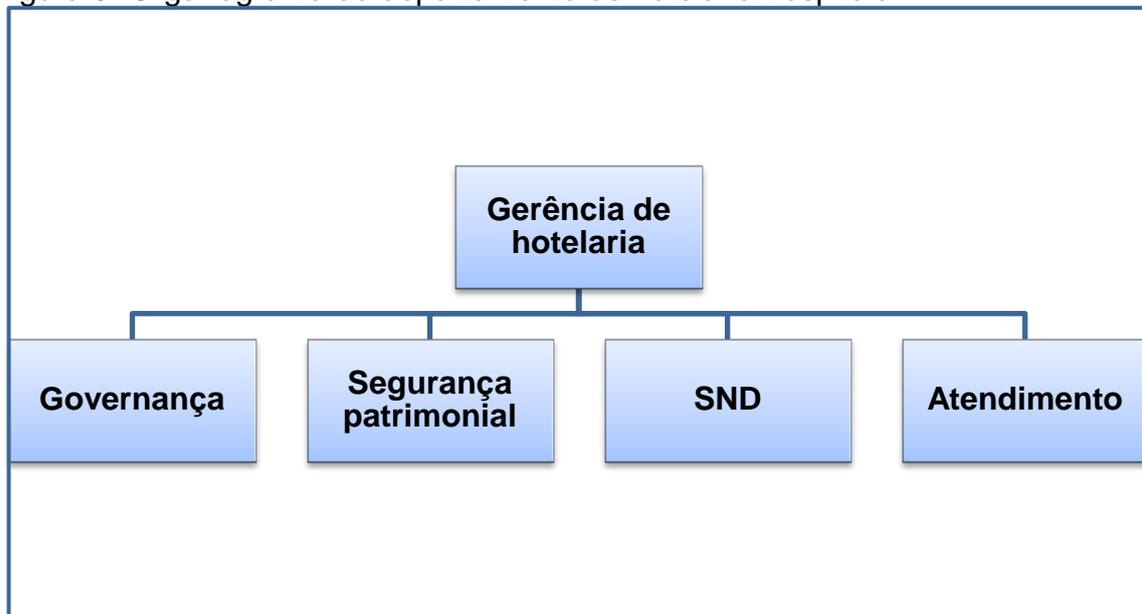
Fonte: Boeger (2017, p. 27)

De acordo com a figura acima, observa-se que a hotelaria hospitalar passou a priorizar outras demandas importantes além da estrutura física e equipamentos de ponta como: valorizar o ambiente, para que o cliente de saúde pudesse ter conforto e segurança; e o foco em pessoas fazendo com que as

transformações pudessem ocorrer em todo o ambiente da instituição hospitalar, assim como na qualidade do atendimento, de forma a proporcionar ao cliente uma estada mais agradável e ambiente humanizado.

Para que a hotelaria hospitalar pudesse alcançar essa evolução e para que os serviços possam ser executados adequadamente existem serviços importantes que devem fazer parte da estrutura do setor de hotelaria hospitalar. Mas, um organograma desse setor não é único, pois pode ser ajustável de acordo com o tamanho físico do hospital, da sua política interna e do tipo de serviço (BOEGER, 2008). A figura a seguir apresenta um organograma clássico do departamento de hotelaria hospitalar:

Figura 3: Organograma do departamento de hotelaria hospitalar



Fonte: Boerger (2008, p. 26)

A figura acima apresenta a gerência de hotelaria como responsável pelo gerenciamento das demais áreas que integram o setor; a área de governança é responsável pela supervisão de atividades como, controle de pragas, higiene hospitalar, gestão dos resíduos, rouparia e lavanderia; a área de segurança patrimonial compete atividades que vão desde a prestação de informações até a vigilância propriamente dita; o SND¹ é responsável pela produção e distribuição das refeições; e a área de atendimento tem como responsabilidade todo o atendimento prestado aos clientes de saúde.

¹ Serviço de nutrição e dietética

Observa-se que a hotelaria hospitalar administra setores importantes que tem a finalidade de proporcionar aos clientes melhores condições de estadia no hospital. Nessa perspectiva, visando atender as necessidades e exigências dos pacientes, a hotelaria hospitalar busca sempre oferecer o que há de melhor em serviços que possam ser implantados no hospital, sendo assim, busca por meio da implantação de serviços da hotelaria convencional no ambiente hospitalar atender as necessidades dos clientes. Nesse sentido, a hotelaria hospitalar é definida por Godoi (2008, p.38) como, “a introdução de técnicas e serviços de hotelaria em hospitais com o conseqüente benefício social, físico, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários de um hospital”.

Assim como os hotéis, os hospitais também se apresentam como um meio de hospedagem em que, dada a sua natureza, hospedam aqueles que necessitam de algum tipo de tratamento médico (SOUZA; MASCARENHAS 2015). Devido a sua semelhança os serviços oferecidos por hotéis podem ser implantados no ambiente hospitalar sendo “imprescindível a sua adaptação devido as características de cada atividade” (TARABOULSI, 2006). O Quadro 1 exemplifica os serviços comuns da hotelaria que podem ser adaptados à atividade hospitalar:

Quadro 1: Serviços comuns da hotelaria que podem ser adaptados à atividade hospitalar

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

Fonte: Taraboulsi (2006, p. 53)

Observa-se que a hotelaria hospitalar tem muito em comum com a hotelaria convencional, portanto, adaptar os serviços da hotelaria ao ambiente hospitalar oferece aos clientes melhor atendimento permitindo que os efeitos gerados pela internação, que podem ser sentidos tanto pelo paciente, familiares e profissionais sejam minimizados.

Ainda como forma de melhorar o atendimento nos hospitais e torná-lo mais dinâmico, outros serviços que são utilizados nos hotéis também podem ser implantados e adaptados as condições do ambiente hospitalar para os clientes, conforme mostra o Quadro 2:

Quadro 2: Serviços de hotelaria que podem ser implantados e adaptados à atividade hospitalar

Serviço de mensageiro e capitão-porteiro
Governança: governanta e camareira
<i>Room-service</i> : serviço de quarto para os clientes de saúde
Restaurante para familiares, acompanhantes e visitantes
Departamento de eventos
Serviços de lazer: sala de leitura, brinquedoteca, jogos, ginástica, e entre outros
Lojas de artigos, salão de beleza e entre outros

Fonte: Taraboulsi (2006, p.53)

É possível observar que muitos dos serviços da hotelaria convencional podem ser implantados e/ou adaptados ao ambiente hospitalar. E, que esta ação resulta em melhoria no atendimento e na estrutura do hospital, proporcionando aos clientes de saúde mais conforto e bem-estar e conseqüentemente favorece a recuperação dos pacientes. A implantação de serviços oferecidos em hotéis no ambiente hospitalar tornará o período de internação dos pacientes menos traumatizante e menos desgastante para os demais clientes de saúde (GODOI, 2008).

Nesse sentido, a implantação e adaptação de serviços da hotelaria convencional para os hospitais se tornam importantes no sentido de contribuir para a qualidade da prestação de serviços e do atendimento, possibilitando assim, que as necessidades dos pacientes, que se habituaram a esses serviços, pudessem ser atendidas. Nesse sentido, Boeger (2008, p. 25) afirma que “a hotelaria hospitalar acabou tornando-se irreversível em quaisquer instituições de saúde, pois não se trata mais de uma opção da empresa, mas de uma exigência do público que

frequenta hospitais e que começa a habituar-se aos serviços de hotelaria existentes”.

Segundo Boeger (2017), o setor de hotelaria hospitalar deve preocupar-se também com os serviços prestados aos acompanhantes, pois eles são clientes importantes para o setor e compartilham das experiências da internação do paciente. O autor afirma que “é necessário incluir o acompanhante nas tomadas de decisão, oferecendo-lhe conforto, segurança e bem-estar” (BOEGER, 2017, p. 65).

Dessa forma, percebe-se que “o cuidado prestado ao acompanhante é importante por ele representar uma referência física e emocional para o paciente” (BOEGER, 2017. p. 65). Sendo assim, é fundamental que os acompanhantes sejam contemplados nas ações de atendimento do hospital e que tenham suas necessidades atendidas, de forma que eles possam se sentir acolhidos e dessa forma favoreçam a recuperação do paciente.

Os serviços oferecidos pelo hospital aos seus clientes de saúde mantêm uma relação com a hospitalidade e humanização que, por sua vez, constituem uma das premissas básicas da hotelaria hospitalar. A humanização dos ambientes hospitalares pode ser percebida por meio dos serviços que a instituição oferece aos seus clientes que lhe proporciona conforto, segurança, “trazendo um sentimento de exclusividade” (OLIVEIRA et al, 2012, p. 198).

Nesse sentido, a hotelaria hospitalar está voltada para a prestação de serviços que possam trazer melhorias ao quadro de saúde dos pacientes, e para alcançar esse objetivo, aplicar a humanização acaba por se tornar uma aliada. Dessa forma:

O triunfo da hotelaria está na humanização do ambiente hospitalar: serviços eficientes que encantam [...] pessoas entusiasmadas interagindo com os clientes de saúde [...]. É a humanização, através da hotelaria, mudando conduta e comportamentos, tornando o hospital um espaço digno para os momentos difíceis de nossos clientes de saúde (TARABOULSI, 2006, p.48).

Dessa forma, observa-se que a hotelaria hospitalar apresenta-se como um diferencial para os hospitais que a implantam, pois esse setor inova o ambiente hospitalar por meio da implantação de um conjunto de novos serviços que proporcionam mudanças na estrutura, bem como no atendimento, tornando-o mais humanizado, atendendo assim, as necessidades dos pacientes de forma a

proporcionar melhores condições de estadia, além de ser “um complemento valioso contribuindo com o tratamento médico” (GODOI, 2008).

Nesse sentido, observa-se que a hotelaria hospitalar oferece atendimento não só diferenciado, como também, personalizado por meio da ligação dos serviços hoteleiros e a humanização que promovem conforto, atendimento de qualidade e valorização aos clientes de saúde. Nesse sentido, segundo Oliveira (2009, apud BATISTA, 2005) a hotelaria hospitalar atua no sentido de valorizar os pacientes, acompanhantes e visitantes buscando satisfazer seus desejos e expectativas no atendimento, e não somente na recuperação.

Para Boeger (2005) a hotelaria hospitalar não é sinônimo de luxo, mas de conforto e qualidade em todos os momentos. Além disso, Dias (2006) ressalta que o objetivo da hotelaria hospitalar é proporcionar um ambiente agradável que possa melhorar o processo terapêutico contribuindo para a recuperação do paciente ou para que esse paciente tenha uma morte digna.

Portanto, é importante que os hospitais implantem a hotelaria hospitalar para garantir mudanças na estrutura física e nos serviços para que então os clientes de saúde possam ter conforto, bem-estar, atendimento de qualidade e conseqüentemente contribuições para a recuperação do paciente ou então para que este possa ter uma morte digna.

2.2 Momento da morte

A medicina sempre buscou identificar claramente o momento em que se pode declarar a morte de uma pessoa. Assim sendo, coube aos médicos definir critérios para que pudessem indicar e confirmar a ocorrência da morte em um indivíduo. Neste sentido Kovács (1992), relata que a morte clínica é confirmada quando os sinais como: consciência, reflexos, respiração, atividade cardíaca estão sem nenhuma reação e a morte total acontece quando inicia o processo de destruição das células de outros órgãos mais especializados como cérebro e olhos.

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto a morte é algo extremamente natural do ponto de vista biológico (QUEIROZ E COMBINATO, 2006). Mas, nem sempre a morte é aceita como um processo natural da condição de viver, pois segundo os autores supracitados, para o homem moderno a morte passou a ser vista como um ato de fracasso, impotência e

vergonha. De acordo com Kovács (1992, p. 32) “a morte é um processo tão natural quanto o nascer”, porém ao passo que o nascimento é motivo para comemorar, a morte se tornou um assunto temido e evitado de todas as formas na sociedade moderna.

Borges e Mendes (2012) atribuem essa negação da morte ao progresso técnico da medicina que proporcionou o seu afastamento, de acordo com os autores se na idade média as pessoas eram forçadas ao convívio com a perda de um familiar devido aos escassos meios de tratamentos, na atualidade, devido aos avanços na área médica a morte foi sendo afastada da vida cotidiana.

Com os avanços na área médica, por intermédio dos novos meios de tratamento para doenças, o indivíduo não está mais, forçado a conviver com a morte, nesse contexto, as pessoas buscam tornar a morte mais oculta.

Discussões têm surgido a respeito do assunto e sobre as causas que dificultam a aceitação da morte para a sociedade. Nesse sentido, de acordo com Kubler Ross (1996), a negação da morte acontece talvez porque o ser humano é vulnerável e o assunto chama a atenção para a nossa própria morte, apesar de vivermos em uma época de avançada tecnologia, não podemos escapar a ela.

A morte representa um mito para a sociedade, apresenta-se como um mistério que se busca desvendar sem muito sucesso concreto, a única certeza é que o ser humano é alvo dela, independente de sexo, classe social ou idade (BORGES, MESNDES, 2012).

Quando a sociedade se prende ao medo da morte ou afasta o assunto do seu cotidiano não significa que está protegido e imune a ela, pois não se pode escapar desse fenômeno biológico da vida (MOTA et. al, 2011). Mas, está se prejudicando ao alimentar o medo privando-se de encarar com mais facilidade a própria morte. Nessa perspectiva Kubler Ross (1996, p. 71) afirma que:

A morte é parte natural do ciclo da vida. Dependendo da cultura de cada indivíduo eles terão uma visão diferenciada a respeito da morte, para determinadas culturas, morrer não significa o fim, mas sim uma mudança para outro estado de existência. Contudo, embora aceitemos essa transição com facilidade esse processo será sempre composto de incerteza e ansiedade.

Kubler Ross (1996) afirma ainda que a ideia de morte pode estar relacionada ao sentimento de perda dos bens, da família, de outros laços afetivos e

do próprio corpo, neste processo de proximidade da morte aflora a sensibilidade e podem surgir sentimentos de caráter negativo como: fracasso, dor, revolta e de caráter positivo como, o cumprimento de uma etapa de vivência. Esses sentimentos representam uma maneira do ser humano tentar compreender o sentido da vida.

Segundo Perezim (2015, p. 33) “o homem jamais se afastará do medo ou do temor pela morte”. Contudo ele não pode viver focado somente nesta possibilidade de perda ou de derrota em sua trajetória [...]. Sendo assim, a morte pode não se caracterizar apenas como um processo de perda, mas sim como uma realidade de todo ser humano. Provavelmente a busca por este equilíbrio será a melhor forma de amenizar o temor da morte, afinal, por mais que se aceite a certeza da morte como o fim que qualquer ser humano terá, será difícil adotar esta prerrogativa naturalmente ao seu ciclo de vida.

A morte que fazia parte do convívio social das pessoas passou a ocorrer com maior frequência no hospital. Essa perspectiva é defendida por Spíndola (1994, p. 108) esclarecendo que “nos dias atuais doença e morte residem no hospital deixando de ocupar o aconchego do lar”. Morrer, em qualquer circunstância é difícil, mas se ocorre sem a presença de familiares e o aconchego do próprio lar provavelmente aumenta as chances de medo.

Sendo assim, a sociedade acompanhou uma grande mudança na representação da morte a partir do momento em que ouve a transferência do local da morte, das casas para a instituição hospitalar (BORGES; MENDES, 2011). Nesse contexto, a morte passa a não integrar mais o convívio do indivíduo, a partir desse momento é acompanhada por profissionais da área médica.

Kubler Ross (1996) evidencia cinco estágios pelos quais passam o paciente em iminência de morte: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. De acordo com Perezim (2015), estes estágios contribuem de forma significativa para estabelecer parâmetros para o cuidado prestado aos pacientes em situações de saúde irreversíveis, além de propor maior humanização por parte da equipe médica, cuidadores, e familiares ao interagir com o paciente em seu processo de finitude. O quadro a seguir esclarece estes estágios:

Quadro 3: Estágios do processo de morrer

ESTÁGIOS DO PROCESSO DE MORRER		
ESTÁGIOS	Negação	Ocorre quando o paciente recebe a notícia que sua doença é grave. Pode vir acompanhado da frase: “Não, eu não.”
	Raiva	O paciente tem sentimento de revolta e inveja, pelo fato de que outras pessoas continuarão vivas enquanto ele deve morrer. Por isso questiona: “Porque eu?”
	Barganha	Os pacientes aceitam o fato da morte, mas querem fazer acordos para conseguir um pouco mais de tempo. A maioria faz barganha com Deus, fazendo promessas.
	Depressão	Pode sobrevir um estado de perda nesse momento, o paciente entra num estado de preparação para a chegada da morte.
	Aceitação	É isento de sentimentos, o paciente parece que repousa antes da morte.

Fonte: adaptado de Kubler Ross (1996)

Os profissionais da área médica devem ter o conhecimento e a sensibilidade para apreender o significado de cada um dos estágios apresentados no quadro acima, pois se faz necessário para subsidiar a compreensão das etapas que os pacientes e sua família se deparam diante da iminência de morte. Entretanto, Kubler Ross (1996) destaca que “nem todos os pacientes passarão por estes estágios e nesta mesma sequência. Contudo, esse guia é útil para ajudar os profissionais no processo de cuidado aos pacientes e familiares”.

A morte acontece com frequência no hospital, por mais que esta instituição seja preparada com equipamentos de alta tecnologia e uma equipe de profissionais qualificados ela não se constitui como o melhor ambiente para o momento da morte, pois é neste espaço onde mais se percebe sua interdição. Borges e Mendes (2012, p. 325), afirmam esta perspectiva quando dizem que “será no hospital que os profissionais serão preparados para o não enfrentamento da morte”.

Nessa perspectiva, Boeger (2011, p. 52), destaca que “em muitos hospitais os profissionais da saúde são preparados para atuar em relação à doença, não se preocupando de forma clara com relação ao enfrentamento da morte, causando o distanciamento do profissional do papel de assistir a pessoa no momento da morte”.

Dessa forma, a equipe médica do hospital não estabelece uma relação de aceitação do processo de fim da vida de uma forma menos dolorosa, fazendo com que a morte seja encarada como interdita e um ato de fracasso. O hospital é visto como local de manutenção da vida, onde seus profissionais estão aptos a lidar com a doença, logo, médicos e enfermeiros não estão preparados para enfrentar a questão da finitude.

O momento da morte no hospital se depara com aparelhos e profissionais não preparados para atender as necessidades do paciente. De acordo com Costa e Lima (2005, p. 152):

A morte é agora institucionalizada e medicalizada. Encontramos nos hospitais aparelhos de alta tecnologia [...] e profissionais treinados para manipulá-los, porém sem preparo para assistir as reais necessidades do paciente, em iminência de morte, e de sua família. A tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer [...].

Sendo assim, as habilidades interpessoais da equipe médica também se caracterizam como um fator importante e eficaz para o momento da morte, por vezes até mais do que a assistência técnica. Este aspecto tem um impacto direto no que diz respeito à qualidade da assistência prestada a essas pessoas.

A sociedade moderna tenta encarar a morte como ela verdadeiramente é. Um processo natural da condição de viver, mas utiliza-se de mecanismos para enfrentar a questão da morte do ser humano. Conforme Alencar; Lacerda e Centa (2004, p. 175) a própria sociedade utiliza mecanismos que tentam encarar a mortalidade como parte de nossa existência, apoiando-se em eufemismos para enfrentar as questões da morte, como: “enfim, descansou” [...] ”passou desta para melhor”. Isso ocorre como uma tentativa de consolar aqueles que estão sofrendo com a perda.

No hospital os profissionais de saúde também utilizam estes mecanismos e outros para encarar o momento da morte, principalmente quando o paciente já morreu demonstrando impessoalidade. Nesse sentido Kovács (1992) destaca que a forma como nos referimos à pessoa já morta denuncia a sua ocultação, principalmente nos hospitais, quando o paciente morre costuma-se utilizar a expressão, “foi a óbito”, demonstrando a impessoalidade com que são tratadas as pessoas após a morte.

Dessa forma, é no hospital uma instituição que deve promover acolhimento a todos os seus clientes de saúde, onde os pacientes se deparam com a impessoalidade dos profissionais no momento da morte contribuindo para o atendimento impróprio do essencial para os pacientes no momento de morte. Nesse sentido, Spindola e Macedo (1994, p. 111) afirmam que:

Doença e morte fazem parte da realidade das instituições de saúde. Estas, inseridas no sistema para qual foram preparadas, ficam alicerçadas a uma estrutura que às vezes é desumana, separando o homem do contexto em que ele vive levando-o a encontrar dificuldades no processo de morte.

Dessa forma, os hospitais como instituições que visam o cuidado à saúde de seus pacientes precisam estar preocupados em dispor de estrutura e atendimento adequado de forma que se torne possível a prestação de serviços de qualidade e humanizado no momento da morte dos pacientes, de maneira que o paciente tenha seu direito a serviços de qualidade também no momento da morte.

Nessa perspectiva, Bellato e Carvalho (2005, p. 5) defendem que “a morte em si na maioria das vezes não é o grande problema para aquele que está em estado de aproximação da morte, mas sim o sentimento de desesperança, de despreparo e de isolamento que o acompanha”. Estes sentimentos têm relação também com o cuidado impessoal que é atribuído pelo hospital ao paciente no momento de morte.

É importante que se integre a hospitalidade ao atendimento dispensado aos clientes de saúde no momento da morte. É comum que o cuidado prestado a esse paciente se caracterize como inóspito, pode-se constatar esta prerrogativa ao observar que o local destinado a receber o paciente no momento da morte, é um ambiente isolado, com janelas e portas fechadas. Bellato e Carvalho (2005) afirmam que, como forma de dissimular a presença da morte, a equipe de saúde busca rapidamente fazer o preparo do corpo. Assim, o mantém isolado e afastado das demais áreas do hospital.

Perezim (2015) relaciona a morte e o processo de morrer como uma das instancias da hospitalidade. A autora, debate sobre as formas da hospitalidade em torno da morte, apresentada por Le Grand-Sébille e Françoise Zonabend (2011), que apresentam a hospitalidade ao moribundo e a hospitalidade para com os mortos. A hospitalidade ao moribundo consiste na assistência dada ao doente e ao

morto, e pode acontecer no hospital, ou no espaço doméstico. A hospitalidade para com o morto se divide da seguinte forma: cuidar dos mortos, hospedar os mortos, conservar os mortos, alimentar os mortos e lembrar-se dos mortos.

De forma sucinta, de acordo com Perezim (2015), cuidar dos mortos é interpretado como a atenção dada ao corpo do morto tido antes como pessoa e agora como cadáver. Hospedar os mortos compreende destinar o corpo a um abrigo, no caso o cemitério e/ou crematório. Conservar os mortos está relacionado à conservação dos túmulos. Sobre alimentar os mortos é interpretado a partir das práticas de oferendas de alimento aos mortos, realizadas por algumas culturas. E por fim, lembrar-se dos mortos, refere-se às atitudes praticadas que demonstram o não esquecimento do morto.

Cada sociedade elaborou de acordo com seus costumes formas de se relacionar com seus mortos. Alguns preferem “apagar todo o vestígio dos falecidos”, a ponto de não pronunciar mais seu nome. Enquanto outras preferem guardar seus pertences e os “signos de sua existência passada”, repassando seu nome a um recém-nascido, a fim de mantê-lo em lembrança (PEREZIM, 2015, p. 45).

O atendimento prestado pelos hospitais aos seus pacientes é de fundamental importância, portanto, é necessário que se estabeleça uma relação de hospitalidade que deve ser atribuída a todos os pacientes, independente da condição do seu estado de saúde, enfatizando que os pacientes na vivência da situação de morte também precisam do mesmo atendimento que é dado aos demais. Nessa perspectiva se faz importante integrar a hospitalidade no âmbito das relações entre os profissionais dos hospitais e os pacientes a fim de que este relacionamento possa ser mais acolhedor, o atendimento seja de melhor qualidade e os cuidados no momento da morte sejam mais dignos e respeitosos.

3 HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO

Nesse capítulo, serão apresentados os conceitos e discussões a respeito da hospitalidade e humanização. Considerando que a prática destes, deve fazer parte da política de atendimento do hospital, pois o atendimento hospitalar e humanizado contribui para amenizar os impactos que sofrem os pacientes, acompanhantes e familiares, causados pela rotina do ambiente hospitalar durante o período de internação.

3.1 Hospitalidade

De acordo com Dalpiaz et al. (2010, p. 3) no início das civilizações a hospitalidade se restringia em apenas conceder abrigo e alimentação a quem estava longe de seu domicílio. Atualmente o termo hospitalidade é muito amplo e engloba desde os bens tangíveis como, hotéis, pousadas, resorts, campings, meios de transportes, entre outros, até os intangíveis que são os serviços prestados e que proporcionam o bem-estar físico e psíquico do visitante.

Nessa perspectiva, se faz importante apresentar o conceito de hospitalidade. Segundo Grinover (2006, p. 31) “a hospitalidade é uma relação especializada entre dois atores: aquele que recebe e aquele que é recebido; ela se refere à relação entre um, ou mais hóspedes, e uma instituição, uma organização social, isto é, uma organização integrada em um sistema que pode ser institucional, público ou privado, ou familiar”. Baptista (2002, p. 157) a define como “um conjunto de serviços, atitudes e estruturas num ambiente diferente do que o indivíduo reside, com o objetivo maior de proporcionar-lhe bem-estar, conforto, segurança e acolhida com qualidade”.

Para Quadros (2011) a “hospitalidade está relacionada ao ato de receber e estar com as pessoas integrando-as em nosso convívio”. Portanto, nota-se que a hospitalidade tem relação com o acolhimento permitindo, com determinadas restrições, a inclusão do outro no próprio espaço. Dessa forma, a hospitalidade pode ser compreendida como a vinculação entre mais de um indivíduo, no qual, o que acolhe é o anfitrião, o outro é o acolhido, este pode ser o amigo, vizinho ou alguém desconhecido (GRINOVER, 2006).

Segundo Lashley e Morrison (2004) a hospitalidade pode ser compreendida como o relacionamento construído entre anfitrião e hóspede, onde os laços afetivos são estreitados por meio da oferta de alimento, bebida e acomodação. Ainda de acordo com os autores, para que este relacionamento seja eficaz é necessário que o hóspede sinta a hospitalidade praticada pelo anfitrião por meio da agradabilidade e do sentimento de generosidade. Gotman (2001) complementa afirmando que “a hospitalidade é um processo de agregação do outro à comunidade é uma relação entre dois protagonistas, entre aquele que recebe e aquele que é recebido”.

Diante do exposto, fica clara a relação da hospitalidade entre o ato do bom acolhimento e o desejo do hóspede em ser bem recebido, corresponde ao ato de estabelecer práticas sociáveis por meio da hospedagem proporcionando o bom recepcionamento entre anfitrião e visitante. O conceito de hospitalidade é baseado principalmente na troca das relações humanas, portanto o bom relacionamento entre as partes envolvidas nesse processo é importante para a recepção do hóspede. No entanto, fatores estruturais e serviços aliados às relações humanas contribuem de forma significativa para que o hóspede possa ter todas as suas necessidades atendidas.

Diante das questões levantadas até o momento, nota-se que a ideia principal da hospitalidade é o ato de receber bem, no entanto, essa prerrogativa por si só não é suficiente para o sustento de todas as questões a respeito do tema. Dessa forma, Dias (2002) faz uma abordagem mais aprofundada sobre a hospitalidade. O autor enfatiza que a hospitalidade se transforma em produto se caracterizando como serviço e se refere ao conforto físico e psíquico do hóspede alcançado por meio da interação entre pessoas estranhas agregadas ao espaço e estruturas físicas e culturais.

Praxedes (2004) denomina a hospitalidade como o relacionamento humano que se baseia na ação recíproca entre o anfitrião e o hóspede, e esta relação é dependente do valor daqueles que estão interagindo, ou seja, os princípios são importantes norteadores para a conduta dos envolvidos nesse processo de relacionamento.

De acordo com as questões enfatizadas, torna-se evidente que o termo hospitalidade, compreende diferentes níveis de percepção, mas ambos são

interdependentes e precisam coexistir de forma harmoniosa para que possam servir como um complemento ao significado do termo.

O debate sobre a hospitalidade perpassa a ideia de uma simples difusão de técnicas de bom atendimento prestado a pessoas fora de sua habitação natural, denominados de turista, pois é importante também que se faça uma discussão prévia sobre os valores que devem fundamentar as práticas de recepção aos turistas. Novos valores devem ser propostos e debatidos livremente, mas nunca devem ser impostos. (PRAXEDES, 2004)

A hospitalidade envolve questões de relacionamento, aspectos culturais e estruturais a fim de proporcionar a satisfação do hóspede por meio do atendimento de suas necessidades. Diante destes diferentes aspectos que podem ser considerados para conceituar a hospitalidade, observa-se a complexidade do termo.

Fluindo na lógica conceitual da hospitalidade, Camargo (2004, p. 52) a define como o “ato humano, exercido em contexto doméstico, público ou profissional, de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter pessoas temporariamente deslocadas de seu habitat”. Ainda segundo Camargo (2015, p. 44) “a hospitalidade mais do que um fato observável é uma virtude que se espera quando nos defrontamos com o estranho”.

O termo hospitalidade é definido por Campos (2008, p. 3) como “a qualidade de um indivíduo ou local em ser hospitaleiro, ao ato de hospedar, considerando-se sempre o ponto de vista do hóspede”. Toda via é certo que a hospitalidade não consiste apenas em receber o outro. O ato de hospedar e ser hospitaleiro são muito mais complexos do que simplesmente o de receber o visitante: consistem na aproximação de culturas, costumes e pessoas diferentes. Dessa forma, pode-se perceber que a hospitalidade consiste em uma troca entre pessoas, quem recebe e o que é recebido.

Fica claro que a hospitalidade ocorre quando há uma relação recíproca entre duas pessoas: o anfitrião quem recebe e o hóspede que é recebido (GRINOVER 2002). Segundo Silva (2016) a troca ocorrida entre os protagonistas da hospitalidade não deve ser forçada, mas desenvolvida na forma de obrigações. Trata-se de uma troca consentida livremente.

Para mostrar a abrangência do campo de estudo da hospitalidade Camargo (2004) a descreve sob dois eixos de tempo e espaço, o primeiro é o cultural, que compreende as ações da hospitalidade, como o ato de recepcionar,

hospedar, alimentar e entreter pessoas. Já o segundo eixo é o social compreendendo as relações sociais que abrange quatro categorias: doméstica, pública, comercial e virtual.

O ato de recepcionar e receber, delineado no eixo cultural, se caracteriza como a melhor forma de representação da hospitalidade, pois compreende o acolhimento das pessoas, um dos principais gestos que simbolizam a hospitalidade. Ainda que a noção de hospitalidade não esteja relacionada ao ato de hospedar, não se pode desintegrar da hospitalidade, pois a hospedagem tem relação com o acolhimento. O ato de alimentar, segundo algumas culturas, concretiza a ação da hospitalidade. O ato de entreter também se faz importante quando se trata de hospitalidade, pois o entretenimento proporciona momentos marcantes e aprazíveis. Para melhor compreensão, o quadro a seguir exemplifica a divisão dos eixos tempo e espaço da hospitalidade:

Quadro 4: Tempo/espaço da hospitalidade

TEMPOS	ESPAÇOS			
Cultural	Doméstico	Público	Comercial	Virtual
Social				
Recepcionar	Receber pessoas em casa de forma intencional ou casual	Recepção em espaços públicos de livre acesso	Serviços profissionais de recepção	A net-etiqueta do enviar e receber mensagens por meios eletrônicos
Hospedar	Oferecer abrigo em casa para as pessoas	Hospedagem oferecida pela cidade	Hotéis e hospitais	Sites e hospedeiros de sites
Alimentar	Receber em casa para refeições	A gastronomia local	A restauração	Gastronomia eletrônica
Entreter	Receber para recepções e festas	Espaços públicos de lazer e eventos	Eventos e espetáculos privados de lazer	Jogos e entretenimento na mídia

Fonte: Camargo (2004)

O quadro acima apresenta a categoria da hospitalidade doméstica que é abrangida pelo eixo social, envolve o ato de receber em casa, este representa um dos rituais mais típicos relacionados à hospitalidade. A hospitalidade pública está

relacionada com a questão urbana envolvendo os espaços da cidade e os atrativos que ela se propõe a oferecer para receber bem os visitantes considerando o lazer e a infraestrutura. Já a hospitalidade sob o domínio comercial é caracterizada pela ótica das relações de negócios onde há o envolvimento do valor monetário, segundo Silva (2016) até que finde essa relação, a hospitalidade faz parte de todas as etapas. Finalmente, destaca-se a hospitalidade virtual que na maioria das vezes tem relação com as três categorias anteriores, mas com algumas características particulares, nesta, os envolvidos mantem contato físico, mas a distância por meio dos meios eletrônicos virtuais. “É difícil imaginar a comunicação no espaço virtual sem a hospitalidade como plano de fundo, no sentido de dar, receber e retribuir mensagem” (NEVES, 2009, p. 8).

A hospitalidade apresentada sob estas duas categorias, tempo e espaço, deixa claro a extensão do campo de estudo do termo. Os dois eixos apresentados mantêm uma relação direta com os principais requisitos que a hospitalidade se propõe oferecer, que é o ato de receber o visitante oferecendo-o os elementos chaves do acolhimento.

O estudo da hospitalidade se divide em duas escolas com posições distintas, a francesa e a americana. Bezerra (2007) esclarece que a escola francesa defende a hospitalidade doméstica e a pública e se baseia na matriz maussiana do dar-receber-retribuir. A escola americana nega esta matriz e volta-se ao conjunto de atividades comerciais (baseadas na troca monetária) relacionadas ao ato de receber, hospedar, alimentar e entreter.

Diante de toda complexidade do termo hospitalidade, alguns autores enfatizam a hospitalidade sob outras vertentes além das já elencadas até o momento, relacionando-a com outros elementos. Campos (2008) segue esta lógica e defende a associação da hospitalidade com os cinco sentidos: visão, olfato, audição, tato, paladar.

Ao associar os cinco sentidos [...] à hospitalidade, busca-se demonstrar uma linha de raciocínio que vai além das dimensões físico-estruturais, sem excluí-las, perceptíveis pelo indivíduo em sua capacidade e distinguir elementos hospitaleiros ou hostis [...] (CAMPOS, 2008, p. 06).

Pode-se afirmar que associar a hospitalidade com os cinco sentidos se faz relevante. Esta associação pode ser fundamentada com relação ao ponto de

vista daquele que é recebido pelo anfitrião, pois a hospitalidade tem como elemento central o indivíduo, assim sendo, as relações que a permeiam acontecem por meio da interação com pessoas, o espaço, e a cultura do local que se tornam elementos perceptíveis por meio dos sentidos. Dessa forma, a visão, olfato, tato, audição e paladar se constituem como elementos chaves para que as pessoas possam sentir a hospitalidade, proporcionando ao indivíduo a avaliação do nível hospitaleiro de alguém ou de algo.

Conforme Lashley e Morrison (2004), a hospitalidade acontece sob três domínios: o social, em que a hospitalidade ocorre com o impacto das forças sociais sobre a produção e o consumo de alimento, bebida e acomodação; o domínio privado considera a oferta da trindade no lar, considerando também o relacionamento entre anfitrião e hóspede; por fim, o comercial, que considera a oferta de hospitalidade enquanto atividade econômica e inclui as atividades dos setores públicos e privados.

Os autores denominam a função básica da hospitalidade como sendo, estabelecer um relacionamento ou promover um relacionamento já estabelecido. Este resultado é obtido a partir do processo de troca entre o anfitrião e o hóspede consolidando as estruturas do relacionamento. “A hospitalidade transforma estranhos em conhecidos, inimigos em amigos, amigos em melhores amigos, forasteiros em pessoas íntimas, não parentes em parentes” (LASHLEY; MORRISON, 2004, p. 26,27).

A hospitalidade deve fazer parte da cultura de qualquer ambiente, esta é requisitada em diversas instituições como hotéis, restaurantes e passa a ser também nos hospitais. O setor de hospitalidade dos hospitais está integrado à hotelaria hospitalar com o objetivo de melhorar o atendimento e os serviços prestados aos clientes. Godoi (2004, p. 44) afirma que “a hospitalidade oferecida pelo hospital tem em sua missão um conjunto de valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”.

O autor acima citado acrescenta ainda que hospitalidade praticada pelos hospitais contribui para minimizar a dor e o sofrimento de pacientes e familiares em momentos de fragilidade. Nessa vertente, se esclarece que a hospitalidade praticada nos hospitais deve ser oferecida aos pacientes, familiares e aos colaboradores, pois ambos se representam como clientes da instituição, reforçando a eficácia da instituição hospitalar em relação ao atendimento. Ribeiro (2013, p. 31) aponta que

“as ações do setor de hospitalidade tendem a contribuir para a melhoria da ambiência hospitalar no âmbito de serviços de saúde pública e privada que têm similaridades no objetivo de atender bem o usuário, oferecer acolhimento e compreensão”.

O hospital é tido como um ambiente frio e impessoal, onde o envolvimento pessoal entre colaboradores e pacientes não existe da forma como seria ideal, prevalecendo apenas o profissionalismo (BOEGER, 2011). Além disso, o fato dos profissionais vivenciarem quase que diariamente situações de riscos e morte no ambiente hospitalar torna mais difícil, mas não impossível, a prática da hospitalidade no ambiente.

Portanto, a hospitalidade praticada no ambiente hospitalar tende a contribuir para que o ambiente hospitalar se torne mais agradável e os clientes de saúde possam se sentir bem atendidos e acolhidos durante o período de vivência no hospital.

A hospitalidade no momento da morte abordada por Perezim (2015), respaldada no pensamento de Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), faz a associação da hospitalidade para a morte com os eixos de tempo e espaço propostos por Camargo (2004). Dessa forma, Perezim (2015) relaciona os rituais vinculados às relações dos indivíduos envolvidos com a questão da morte e do morrer com os pilares da hospitalidade, sendo eles: recepcionar, hospedar, alimentar, entreter. Portanto, no momento da morte, a hospitalidade se faz necessária para garantir o respeito e o atendimento de forma humana.

A hospitalidade inserida no ambiente hospitalar coopera para a minimização da sensação de frieza do ambiente, e proporciona uma estadia menos traumática aos clientes durante o período que estes permanecem no ambiente e reforça o respeito e a dignidade de cada um. Por essas questões, os hospitais precisam integrar a hospitalidade à cultura da organização de forma que se estenda aos clientes no momento da morte.

3.2 Humanização

Segundo o dicionário da língua portuguesa “humanização significa ato ou efeito de humanizar-se, dar condição humana, tornar-se humano” (FERREIRA, 2001 p. 369). O termo humanização é utilizado com frequência no âmbito da saúde, nesse

sentido o ministério da saúde desenvolveu o programa nacional de humanização (WALDOW; BORGES, 2011). O documento define a humanização como:

A valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo Rios (2009, p.10) “a humanização se fundamenta na valorização e no respeito da pessoa humana e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde”.

Nesse sentido, a humanização dispensada pelos hospitais deve se estender a todas as pessoas que estão relacionadas ao cuidado prestado ao paciente. Sendo assim, Ribeiro (2013, p 32) afirma que “a humanização, além de envolver o cuidado ao paciente, deve abranger também todos os que estão envolvidos na recuperação da sua saúde”. Portanto, é importante que os hospitais estendam suas ações de humanização para os colaboradores, pois são estes que mantem contato com os pacientes e seus familiares, dessa forma será possível a criação de um ambiente organizacional favorável ao atendimento do paciente.

A humanização é movida pelo que ofertamos é a relação que as pessoas demonstram com estranhos (Boeger, 2017). De acordo com Backes, Lunardi e Filho (2006) para promover a humanização é necessário possuir uma atitude profundamente humana e um esforço para rever, principalmente as atitudes e comportamento dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado ao paciente.

Segundo Pinochet e Galvão (2010) a humanização hospitalar permite que o hospital reconheça a importância da valorização do ser humano especialmente do paciente, portanto, os administradores de todos os hospitais devem adotar essa postura de humanização do ambiente hospitalar. Nesse sentido, observa-se que a humanização inserida no ambiente hospitalar é pautada no respeito e na garantia da dignidade e valorização das pessoas principalmente dos pacientes.

A humanização propõe a prática da cidadania no ambiente hospitalar por meio do respeito à dignidade a vida e aos direitos da pessoa humana possibilitando

a compreensão dos desejos dos pacientes, familiares e dos profissionais da instituição hospitalar visando melhor qualidade de estada aos pacientes e melhores condições de trabalho aos profissionais. Nesse sentido, Godoi (2008) afirma que humanizar é tornar-se sensível às necessidades dos pacientes e familiares por meio da promoção de ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar.

Segundo Boeger (2017) os programas de humanização podem ser administrados pelo gestor de hotelaria hospitalar e devem promover ações relacionadas à cultura e à arte. Pinochet e Galvão (2010) completam que são várias as atividades que podem ser desenvolvidas como práticas de humanização a exemplo, leitura, jogos, palestras e peças teatrais, os autores complementam que é fundamental a colaboração do gestor em momentos como esse, pois é o mesmo que pode autorizar a realização das atividades.

Ainda com o intuito de humanizar o ambiente hospitalar, os espaços da instituição podem ser aproveitados para outras atividades como, por exemplo, podem-se fazer jardins, brinquedotecas, exposições. De acordo com Boeger (2017) a ambientação² constitui um item importante para a humanização dos hospitais, pois o cuidado com os espaços do hospital torna o ambiente mais agradável a todos os usuários.

Nessa perspectiva, compreende-se que a adequação dos espaços do hospital para locais de conforto, descontração e entretenimento se constitui como elemento de humanização, capaz de tonar o ambiente hospitalar capaz de promover bem-estar a todos os pacientes, funcionários, familiares e visitantes, contribuindo assim para a minimização dos efeitos que a internação pode causar aos pacientes.

Humanizar, de acordo com Pinochet e Galvão (2010, p. 499 apud MEZOMO 2003) significa “mudar os paradigmas de gestão possibilitando que os profissionais participem de forma mais efetiva nos processos de tomada de decisão, definição de tarefas e construção de projetos”, afinal para a prática da humanização é importante que se considere a palavra dos profissionais principalmente os que lidam diretamente com os pacientes, pois estes podem ter um melhor entendimento das necessidades dos pacientes e familiares.

² Adequação de determinado espaço

Humanizar a assistência hospitalar significa dar lugar à palavra tanto dos pacientes e familiares, quanto dos profissionais da saúde de forma que se estabeleça uma rede de diálogo que pense e promova as ações, campanhas, e programas, respaldado no respeito, dignidade e solidariedade (PINOCHET; GALVÃO, 2010, p. 499)

Portanto, observa-se que para humanizar, a comunicação é primordial, pois a humanização depende da capacidade de se comunicar, de forma que as pessoas desenvolvam a técnica de falar e saber ouvir, viabilizando as relações de interação por meio do diálogo, para que seja possível conhecer o outro e compreendê-lo de acordo com suas necessidades e desejos. Isto é, “sem comunicação não há humanização” (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 281).

A humanização aplicada nos hospitais não consiste apenas em atividades recreativas e a disposição de alta tecnologia. Backes, Lunardi e Filho (2006, p 133) afirmam que “a preocupação somente com as melhorias na estrutura física, investimento em equipamentos modernos não implicam com relevância nos processos de transformação da cultura organizacional em prol da humanização do cuidado ao paciente”.

Nesse sentido, Rios (2009) complementa que por si só, as ações recreativas e culturais, tidas como atividades de humanização, não representam grande impacto para a implantação da humanização no âmbito da saúde. De acordo com a autora, é necessário implantar uma cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos que impliquem mudança na cultura organizacional no sentido de fazer com que os valores da humanização possam se fazer presentes cotidianamente.

Para investir em humanização a instituição não depende exclusivamente de recursos financeiros, mas sim das ações humanas, impulsionadas pelo interesse em colaborar para mudar o ambiente hospitalar para melhor (GODOI, 2008). Nessa perspectiva Caetano et al (2007, p. 327) afirmam que “humanizar o ambiente hospitalar é um processo vivencial que deve permear toda atividade dos profissionais no intuito de realizar e oferecer o melhor tratamento ao ser humano” dentro das circunstâncias peculiares inerentes ao período de vivência no hospital.

Considerando que a humanização permite que os pacientes sejam respeitados e tratados com dignidade, Boeger (2011) defende a sua prática também no momento da morte do paciente. Segundo o autor, “humanizar a morte não consiste na utilização de recursos técnicos que visem apenas suavizar ou atrasar a

chegada da morte, mas sim auxiliar o paciente [...] de forma que ele não precise temer o abandono ou o isolamento” (BOEGER, 2011, p. 53).

O referido autor ressalta que é preciso ir além da oferta de uma boa cama ou uma alimentação variada, focar apenas na estrutura física não é suficiente para humanizar o atendimento prestado aos pacientes e familiares no momento da morte. Para ser mais eficaz é preciso ser hospitaleiro, humano e acolhedor.

Sendo assim, o cuidado dispensado aos pacientes no momento da morte deve ir além da disposição de equipamentos e medicamentos para o seu tratamento tendo em vista que os pacientes nessa situação e seus familiares se encontram ainda mais fragilizados. Segundo Oliveira (2010) humanizar o processo de morte tende amenizar o sofrimento existente que causa desgaste para os profissionais assim como para os pacientes. Portanto, no momento da morte, uma palavra ou sorriso pode ser mais confortante para os pacientes e seus familiares.

Portanto, observa-se que humanização consiste em um conjunto de ações que visam o bem-estar, que compreende desde melhorias e adequação da estrutura física, realização de atividades recreativas até a participação ativa da ação humana, no intuito de proporcionar qualidade de trabalho aos funcionários de forma que possibilite a satisfação tanto dos profissionais quanto dos pacientes e seus familiares.

A humanização está ligada à hotelaria hospitalar, nesse sentido, considerando que a hotelaria hospitalar visa oferecer por meio de serviços, conforto e bem-estar durante a estada do paciente no hospital, é importante frisar que as ações de humanização devem alcançar o paciente no momento da morte, pois se deve respeitar o direito que todas as pessoas têm de que seja assegurada a sua dignidade nos últimos instantes de sua vida.

Em suma, a humanização se manifesta a partir da oferta de estrutura adequada ao tratamento do paciente e da disposição dos profissionais da saúde em se preocupar com estes pacientes de forma a trazer para o ambiente hospitalar o resgate da dignidade do ser humano em momentos de vulnerabilidade ou até mesmo em caso de falecimento do paciente.

4 SERVIÇOS E GESTÃO DE STAKROLDERS

Nesse capítulo serão apresentadas algumas reflexões conceituais acerca de serviços e gestão de *stakeholders*, uma vez que estes possuem influências relevantes para o processo de relacionamento com o cliente e, por consequência representam colaborações importantes para os resultados da empresa.

4.1 Serviços

Os serviços se tornaram um diferencial competitivo para as empresas. Assim sendo, as prestadoras de serviços tornaram-se grandes contribuintes para a movimentação da economia mundial. A partir do momento em que obteve mais destaque o serviço ganhou mais espaço aumentando o nível de qualidade e agregando valor ao produto. Os serviços possuem uma maior interatividade com os clientes, por sua maior proximidade eles são considerados um dos responsáveis para que se possa conquistar e fidelizar estes clientes (SILVA, 2011).

Nesse sentido, se faz importante apresentar o conceito de serviços. Viera (2004, p. 77) define serviços como “ações, atos, que diferentemente dos produtos, possuem um enfoque intangível, pois seu resultado ou produto final é sempre um sentimento, seja ele de satisfação ou não”. Kotler e Keller (2006, p. 397) complementam definindo serviços como “ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada”.

Kotler e Keller (2006) afirmam ainda que, as empresas que podem ser classificadas como prestadores de serviços: as empresas do setor de hotelaria, alimentação, hospitais, aviação, museus, universidades, além de pessoas que trabalham na área de produção, como contadores, operadores de computadores e entre outros, principalmente em se tratando de pessoas que trabalham para a fábrica de produtos.

Os serviços se apresentam como atividades que tem grande importância para a sociedade em geral, tal importância pode ser asseverada pela participação dos serviços no PIB ou na sua contribuição para a geração de empregos. Os serviços são bastante favoráveis do ponto de vista do emprego, pois a participação humana é imprescindível para este setor (KAHTALIAN, 2002).

Gianesi e Corrêa (1995) apontam seis fatores que propiciam o aumento da demanda por serviços:

Quadro 5: Fatores que propiciam o aumento da demanda de serviços

FATORES QUE ESTIMULAM O AUMENTO DA DEMANDA DE SERVIÇOS
Desejo de uma melhor qualidade de vida e mais tempo de lazer.
A urbanização, tornando necessários alguns serviços (como segurança, por exemplo).
Mudanças demográficas que aumentam a quantidade de crianças e/ou idosos, os quais consomem maior variedade de serviços.
Mudanças socioeconômicas como o aumento da participação da mulher no trabalho remunerado e pressões sobre o tempo pessoal.
Aumento da sofisticação dos consumidores, levando a necessidades mais amplas de serviços.
Mudanças tecnológicas (como o avanço dos computadores e das telecomunicações) que têm aumentado a qualidade dos serviços, ou ainda criado serviços completamente novos.

Fonte: Gianesi e Corrêa (1995)

Dessa forma, a partir do quando acima, percebe-se que as transformações das necessidades dos indivíduos acompanhado das mudanças tecnológicas são uns dos fatores que mais contribui para o aumento da procura por serviços. Sendo assim, a cada dia surgem diversas prestadoras oferecendo os mais variados tipos de serviços objetivando superar as expectativas do cliente.

Paralelamente, os clientes se tornaram cada vez mais exigentes quanto à prestação de serviços de qualidade. Assim, os serviços ganharam maior destaque contribuindo de forma significativa para o desempenho de diversos setores da economia.

Las Casas (2006) classifica os serviços de acordo com a atividade considerando o esforço do consumidor para obtê-lo, sendo estes, serviços de consumo e serviços industriais, onde o primeiro está relacionado à prestação de serviços diretamente ao consumidor final e o segundo, a organizações industriais, comerciais ou institucionais, conforme pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 6: Adaptado dos tipos de serviços

SERVIÇOS DE CONSUMO	SERVIÇOS INDUSTRIAIS
De conveniência: ocorre quando o consumidor não quer perder tempo em procurar a empresa por não haver diferenças perceptíveis entre elas.	De equipamento: relacionados com a instalação, montagem de equipamentos ou manutenção.
De escolha: alguns serviços têm custos diferenciados de acordo com a qualidade e tipos de serviços prestados, prestígio da empresa, etc.	De facilidade: serviços que facilitam as operações da empresa. Inclui serviços financeiros, seguros, etc.
De especialidade: são altamente técnicos e especializados, nesse caso o consumidor fará esforço para obter serviços de especialistas.	De orientação: auxiliam nos processos de tomadas de decisão e incluem os serviços de consultoria, pesquisa e educação.

Fonte: Las casas (2006)

A classificação apresentada acima, assim como outras que existem, representa uma forma de reunir os serviços de uma maneira que se possa encontrar um aspecto comum entre os vários grupos de serviços existentes. Nota-se, que independentemente do tipo ou categoria, o resultado dos serviços é um sentimento sem que haja a transferência de particularidade.

Dessa forma, torna-se importante apresentar as características dos serviços. Os serviços apresentam quatro características principais: a intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade (FITZSMMONS; FITZSMMONS, 2014).

Quadro 7: Características dos serviços

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO	
Intangibilidade	Ao contrário dos produtos, os serviços não podem ser vistos, sentidos ou provados antes de sua compra.
Simultaneidade	O consumo e a prestação de serviço ocorrem simultaneamente.
Heterogeneidade	O serviço prestado pela empresa não terá a mesma característica o tempo todo.
Perecibilidade	Os serviços não podem ser gravados, devolvidos ou estocados para ser vendido no dia seguinte.

Fonte: Adaptado de Fitzsmmons e Fitzsmmons (2014)

O quadro anterior apresenta quatro características, mas o enfoque dos serviços é a intangibilidade, portanto a satisfação ao adquiri-lo varia de pessoa para pessoa, isto é, cada um poderá reagir de forma diferente diante do mesmo tipo de serviço. Embora os serviços possuam como característica não ser palpável, eles podem satisfazer desejos e transmitir conforto, dessa forma, por meio dos serviços as pessoas modificam seu comportamento, suas rotinas e definem seus objetivos.

Para o marketing, os serviços, ao contrário dos produtos, não envolvem a transferência de propriedade. Ao adquirir um serviço os clientes têm acesso a recursos, ou os alugam por um período de tempo, como um quarto de hotel ou uma poltrona em um avião. Os clientes alocam o uso dos recursos compartilhado pelo setor de serviços (FITZSMMONS; FITZSMMONS, 2014). Dessa forma, percebe-se que cada cliente compartilha simultaneamente o bem oferecido pelo fornecedor com outros clientes.

Nessa perspectiva, Fitzsmmons; Fitzsmmons, 2014, exemplificam a afirmativa apontando cinco classes de serviços sem propriedade conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 8: Classificação dos serviços sem propriedades

TIPO DE SERVIÇO	VALOR AO CLIENTE
Aluguel de bens	Obter direito temporário ao uso exclusivo
Aluguel de local e espaço	Obter uso exclusivo de uma porção definida de um espaço maior
Trabalho e conhecimento	Contratar outras pessoas para realizar um trabalho
Uso de instalação física	Ter acesso a uma instalação por um período de tempo
Utilização da rede	Ter acesso para participar

Fonte: Adaptado de Fitzsmmons e Fitzsmmons (2014)

A partir da classificação acima, pode-se afirmar que os serviços não geram propriedade, mas sim valor para o cliente por meio de uma experiência, ou seja, com a aquisição de um serviço ao cliente não se torna dono do mesmo, mas ganha uma transformação, uma experiência, por exemplo, os pacientes do hospital não se tornam dono do serviço, mas recebem a experiência transformadora do atendimento.

Nessa vertente, Kahtalian (2002, p. 20) destaca que “serviços são desempenhos no espaço que geram valor para o cliente por meio de uma transformação, uma experiência de serviço”. É um desempenho transformador, intangível em essência, mesmo quando ligado a um produto físico.

Diferente dos produtos, os serviços por seu maior grau de intangibilidade refletem em uma maior dificuldade de avaliação prévia da qualidade. Isso faz com que os prestadores de serviços tenham maior dificuldade para o convencimento da escolha do cliente em favor ao seu serviço. Dessa forma, a alusão de outras pessoas e o prestígio da prestadora de serviços se tornam elementos relevantes para a escolha do cliente em relação a determinado serviço.

Nem sempre é possível contar com amostras ou protótipos, o que provoca um sentimento acentuado de existência de maiores riscos na contratação dos serviços. Isso faz com que as referências de terceiros e a reputação das empresas sejam elementos relevantes para a tomada de decisão em favor de uma marca ou de um prestador de serviços (SPILLER, 2011)

Nesse sentido, pode-se destacar que é fundamental a presença do fornecedor junto ao cliente ao longo do processo de aquisição do serviço. Para isso, o prestador de serviço carece de habilidades de relacionamento com os clientes para que possa produzir os resultados do seu próprio esforço com diferenciação em relação aos concorrentes. Dessa forma, retoma para a evidência da importância da participação do fator humano para o setor de serviços.

Esta relação entre prestador de serviços e o cliente é a base do marketing de serviços. Segundo Lovelock, (2006) marketing de serviços é definido como o conjunto de atividades que objetivam o planejamento, a análise, o controle de programas destinados à prestação de serviços de forma adequada, suprimindo as necessidades e/ou desejos dos consumidores, com qualidade, atendendo as suas expectativas.

Nessa vertente, Churchill (2000), aponta que o sucesso de uma prestadora de serviços muitas vezes depende da sua capacidade de desenvolver relações com os clientes e prestar serviço de qualidade. Dessa forma pode-se destacar que o marketing de serviços se caracteriza como um importante viés para a construção do bom relacionamento entre prestador de serviço e cliente inclusive para agregar valor e qualidade ao serviço ofertado ao consumidor.

Os serviços oferecidos por hospitais muitas vezes se assemelham com os de um hotel. Os hospitais buscam cada vez mais a melhoria no atendimento, dessa forma vem buscando adequar os serviços da hotelaria convencional em hospitais. O hospital tem deixado de ser aquele ambiente frio e impessoal, buscando uma nova imagem no mercado de serviços de saúde para atrair novas demandas, melhorando os serviços prestados (GODOI, 2008).

Portanto, o bom relacionamento entre prestadora e cliente e a oferta de serviços de qualidade contribuem para a satisfação de ambas as partes, uma vez que a satisfação pessoal do cliente resulta na boa avaliação tanto do serviço quanto da prestadora. Nesse sentido, implantar serviços que são comuns em hotéis no hospital se mostra como uma maneira de proporcionar mais conforto e melhor qualidade dos serviços, tornando o ambiente hospitalar menos desgastante para os clientes de saúde.

4.2 Gestão de stakeholders

Para alcançar um bom desempenho, as empresas buscam identificar seus *stakeholders* e as necessidades de cada um. Antes do surgimento da abordagem dos *stakeholders* sugerida por Freeman (1984) o foco das empresas era apenas a produção sem se importar com as demais influências, de acordo com o autor o termo significa indivíduos ou grupos que podem afetar ou ser afetados pelos objetivos da organização podendo ser acionistas, consumidores, fornecedores, entre outros.

A teoria dos *stakeholders* tem o papel de auxiliar os gestores em sua tomada de decisões, proporcionando a eles orientações quanto as suas ações, sendo assim, a teoria propõe que todas as partes que tem influências na organização, os *stakeholders*, sejam consideradas na definição das ações a serem realizadas pelos gestores das organizações (MAINARDES et al. 2011). Nesse sentido, a gestão dos *stakeholders* consiste na análise e exame das características das pessoas ou grupos de pessoas que exercem influências nos resultados organizacionais.

Ainda segundo Mainardes et al. (2011, p. 2) “a gestão dos *stakeholders* é feita a partir de três níveis”: o primeiro consiste na identificação dos *stakeholders*; o segundo está relacionado ao desenvolvimento de ações que identifiquem os

interesses e necessidades de cada um deles; o último nível consiste na construção de relacionamentos com cada um dos *stakeholders* da organização.

Rocha e Goldsmidt (2010, p. 16) conceituam *stakeholders* da seguinte forma: “são públicos de interesse que afetam e são significativamente afetados pelas atividades da organização”. Percebe-se que o termo amplia o foco da organização, que antes era a produção e a satisfação do acionista e passa a ser também satisfazer todos os públicos de interesse que podem afetar no resultado da empresa, como clientes, funcionários, fornecedores, concorrentes, entre outros.

A partir da conceituação do termo percebe-se a relação entre empresa e *stakeholders*, por isso a análise da gestão dessa relação, o entendimento sobre o conceito de *stakeholders* e sua aplicação na organização permite que o relacionamento entre a empresa e os grupos que a influenciam proporcionem benefícios à estratégia organizacional. De acordo com Yatsu (2017) a análise dos *stakeholders* permite verificar o ambiente em que a empresa está inserida, avaliar a influência e como estes atores podem interferir nos objetivos da empresa.

Diante do exposto, observa-se que *stakeholders* são pessoas os grupos de pessoas que mantêm relação direta ou indireta com a organização e afetam os seus resultados. Sendo assim, os *stakeholders* podem influenciar positivamente ou negativamente os resultados da organização. Portanto, para a obtenção de resultados positivos a empresa deve considerar as relações com seus *stakeholders* e pensar na gestão dessas relações como estratégia para a garantia de sobrevivência.

De acordo com Ottero (2017, apud Mitchell et al, 1997) a identificação dos *stakeholders* de uma organização pode ocorrer por meio de três atributos de relacionamento: poder, refere-se ao direito de deliberar e de imposição de domínio em relação organização; legitimidade, é definida como uma percepção generalizada ou uma suposição de propriedade em relação às ações de uma organização; e urgência, refere-se ao grau de imediatismo em relação à interação entre gestores e *stakeholders*.

Essa tipologia contribui para identificar a influência que os determinados autores exercem sobre a organização e verificar a importância que os gestores devem dar a cada um dos seus *stakeholders*. A partir da combinação entre os três atributos surgem outros sete tipos de *stakeholders* diferentes que pode ser melhor verificado ao analisar o quadro a seguir:

Quadro 9: Classificação dos stakeholders

STAKEHOLDER	DEFINIÇÃO
Adormecido	Tem poder para impor sua vontade na organização, porém não tem legitimidade e urgência e, assim seu poder fica em desuso. É preciso conhecer este <i>stakeholder</i> para monitorar seu potencial em conseguir um novo atributo.
Arbitrário	Possui legitimidade, mas não tem poder de influenciar a empresa nem alegar urgência. Deve-se dar atenção à sua responsabilidade social corporativa, pois tende a ser receptiva.
Reivindicador	Quando o atributo mais importante for urgência ele é reivindicador. Sem poder e sem legitimidade, não atrapalha tanto a empresa.
Dominante	Tem sua influência na empresa assegurada pelo poder e pela legitimidade. Espera e recebe muita atenção por parte da empresa.
Perigoso	Existe poder e urgência, porém não existe legitimidade, atua de forma coercitiva possivelmente é violento para a organização, pois a influência de forma perigosa.
Dependente	Tem alegações com urgência e legitimidade, porém depende do poder de outro <i>stakeholder</i> para que suas reivindicações sejam consideradas.
Definitivo	Possui poder de influência e legitimidade. Quando, além disso, alega urgência, é preciso dar atenção imediata e priorizar esse <i>stakeholders</i> .

Fonte: Adaptado de Yatsu (2017)

A partir da classificação acima citada, observa-se que todos os *stakeholders* podem interferir nos resultados da organização, sendo assim, esta deve dar atenção a todos os seus influenciadores. Ressalta-se ainda, que os *stakeholders* exercem diferentes atividades em uma empresa, dessa forma, entender o ambiente interno e externo no qual a empresa está inserida, conhecer os seus influenciadores e o poder de influência de cada um, pode contribuir para o sucesso da organização.

Ainda citando as diferentes formas de classificação, Sousa e Almeida (2003, p. 145), seguindo o ponto de vista de diferenciação dos atores que influenciam e são influenciados pelas atividades organizacionais, classificam os *stakeholders* de acordo com o caráter de sua voluntariedade, dessa forma, os autores apontam a existência de dois tipos de *stakeholders*: ativo e passivo.

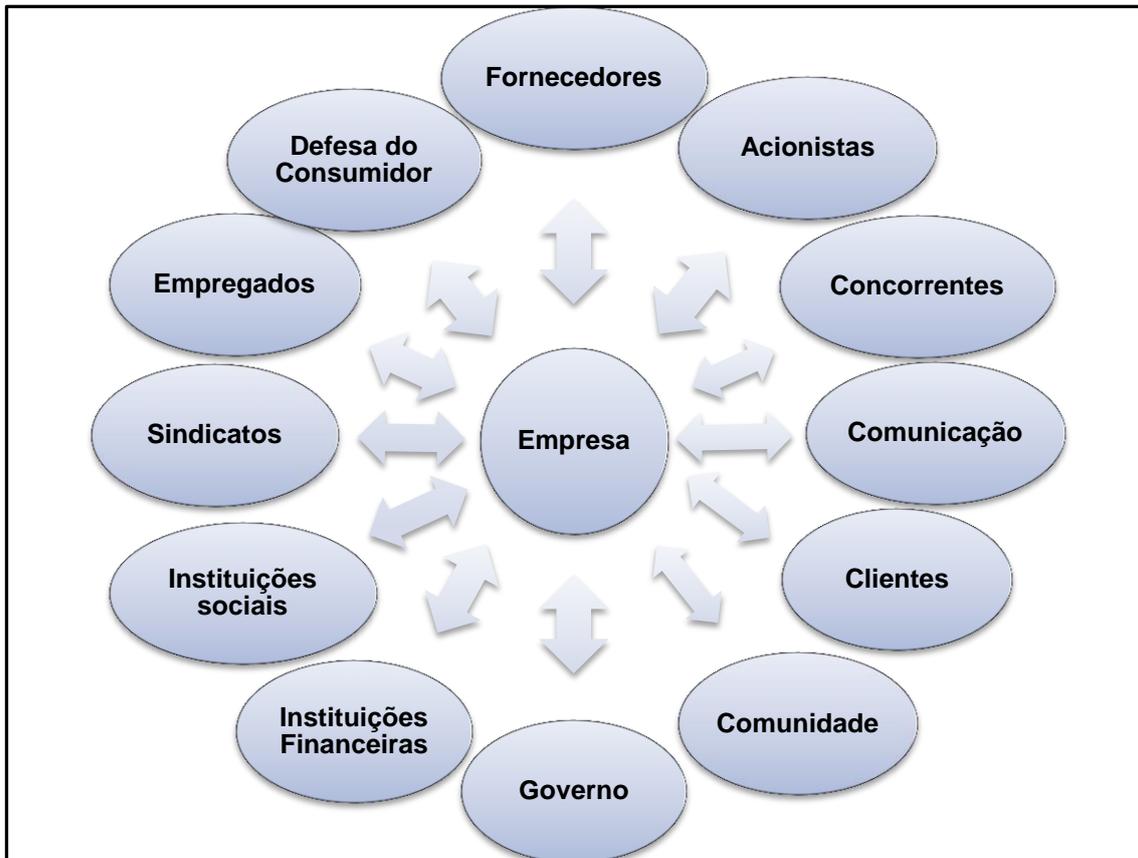
É denominado *stakeholder* ativo aqueles que têm compromissos voluntários com a organização, pois estão ligados a ela com a intenção de obter retorno monetário. A exemplo podem ser citados como *stakeholders* ativos os

clientes, fornecedores, colaboradores, entre outros. Por sua vez, o *stakeholder* passivo é considerado involuntário, pois são caracterizados por terem interesse em monitorar a organização de maneira que ela não venha violar nenhuma lei ou regras. Como exemplos podem ser citados as ONGs, sindicatos e associações. Tanto os *stakeholders* ativos, quanto os passivos, influenciam os resultados da empresa, sendo assim, a sua existência no mercado depende do relacionamento estabelecido entre empresa e *stakeholders* (SOUSA E ALMEIDA, 2003).

Quanto à influência, Rocha e Goldmidit (2010) apontam que os *stakeholders* podem ter poder: formal, ocorrido quando o *stakeholder* tem direito legal ou contratual de tomar decisões em nome da empresa; poder econômico está relacionado ao fato de o *stakeholder* deter algo que a empresa valoriza, como: serviços, produtos, capital; e por fim, o poder político está relacionado a capacidade de persuadir legisladores, sociedade ou agências reguladoras a influenciar o comportamento da empresa.

A classificação acima apresentada, que considera a influência dos *stakeholders*, ajuda os gestores a compreender a necessidade e o poder de cada *stakeholder* e selecionar aqueles que precisam de um relacionamento mais aproximado. De acordo com Ottero (2017) a partir da análise do ambiente em que a empresa está inserida e a avaliação da influência que os atores deste ambiente têm sobre a empresa o ambiente externo passou a ser observado e foi incluído no mapa dos *stakeholders* como pode ser observado na figura a seguir:

Figura 4: Mapa dos stakeholders



Fonte: Ottero (2017)

A partir da figura apresentada, é possível identificar os *stakeholders* internos representado pela própria organização, clientes, empregados e acionistas; e os externos são todos que se encontram ao redor da organização, representados pelas instituições sociais, instituições financeiras, governo, fornecedores, defesa do consumidor, sindicatos, concorrentes, comunidade e comunicação. Considerando que cada empresa possui seus diferentes *stakeholders*, o mapa dos *stakeholders* poderá ser ajustável a cada uma delas podendo gerar um número maior ou menor de categorias.

Nota-se que as empresas mantêm relacionamento com diferentes grupos que influenciam ou são influenciados pelos objetivos da organização, portanto por meio do relacionamento, os gestores devem identificar o nível de influência de acordo com a importância de cada um deles e mapear estratégias para lidar com as diferentes demandas dos diversos grupos ou pessoas que com elas podem interagir. Para tanto, se faz necessário considerar todos os grupos, pois todos tem potencial para interferir nos resultados das empresas.

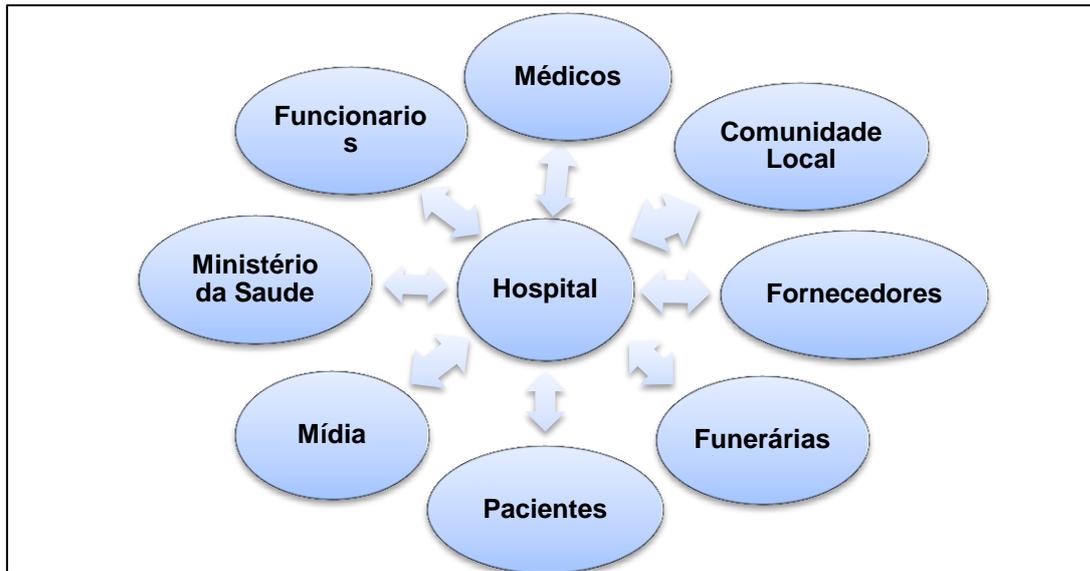
Na perspectiva de facilitar a identificação dos *stakeholders*, Godoy et al (2008, p. 331, apud CLARKSON, 1995) propõe uma divisão em *stakeholders* primários e secundários. Os *stakeholders* primários são aqueles com quem a empresa mantém um relacionamento contratual e são afetados diretamente por ela no desenvolvimento de suas atividades e tomada de decisões. Este grupo compreende os investidores e acionistas, os empregados, os consumidores, fornecedores e clientes. Já os secundários, são aqueles no qual o relacionamento não é regulado por contratos.

Dessa forma, pode-se afirmar que os *stakeholders* primários mantêm uma relação maior de interdependência com a empresa e por esse fato sua influência é de maior impacto para organização, pois possivelmente se configuram como elementos críticos para o desenvolvimento da empresa. Mas, ressalta-se que os *stakeholders* secundários também possuem seu grau de influência e por isso não devem ser ignorados.

Nessa perspectiva, a gestão dos *stakeholders* configura-se em um processo importante para a estratégia organizacional e pode ser apontado como fator crítico de sucesso, por contemplar grupos de indivíduos imprescindíveis ao funcionamento de uma organização. Sendo assim, a empresa deve identificar os seus *stakeholders* e criar estratégias para lidar com cada um deles, e assim, atender satisfatoriamente as expectativas de cada grupo ou indivíduo que pode comprometer o sucesso da organização.

Os hospitais, assim como as demais organizações, possuem *stakeholders* que são afetados ou podem afetar significativamente as atividades da empresa. Segundo Martins, Silva e Santos (2014, p. 5) “como os hospitais são organizações complexas, muitos são os seus interessados”. Portanto, torna-se importante apresentar os prováveis *stakeholders* dos hospitais. Podem ser citados os médicos, pacientes, imprensa, ministério da saúde, funcionários, funerárias, fornecedores e a comunidade local, conforme a figura a seguir:

Figura 5: Mapa dos *stakeholders* dos hospitais



Fonte: Martins; Silva; Santos (2014).

A partir da figura apresentada podem-se citar os médicos e os pacientes como os *stakeholders* que exercem maior influência nos hospitais, pois estes fazem parte do grupo de *stakeholders* internos da organização e podem influenciar significativamente no seu sucesso e na sua sobrevivência, porém os demais grupos interessados precisam da devida atenção necessária.

A elaboração do mapa dos *stakeholders* facilita o entendimento do posicionamento da empresa diante de seus influenciadores e possibilita as adaptações necessárias à gestão de cada empresa. Faz-se importante frisar que cada organização deve estabelecer seu próprio mapa de *stakeholders* e identificar a influência de cada parte interessada.

Diante do exposto, verifica-se que todos os *stakeholders* possuem um determinado grau de influência na organização e é necessário que se dê atenção a cada um de acordo com seu grau de influência. Portanto, os gestores de todas as empresas, bem como dos hospitais, precisam estabelecer um relacionamento hospitalareiro com seus *stakeholders* para que seja possível garantir a qualidade dos serviços prestados e o sucesso da organização.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesse capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos adotados para a elaboração do trabalho, a análise e discussão dos dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, assim como a caracterização dos Hospitais Privados que constituem o estudo de casos múltiplos.

A presente pesquisa se desenvolve a partir da seguinte pergunta orientadora para sua elaboração: de que forma as possíveis relações de hospitalidade com os *stakeholders* relacionados ao momento da morte influenciam na prestação de serviços de hospitais privados?

Com o objetivo de responder à questão, foi construído o referencial teórico, elaborando-se uma pesquisa qualitativa, pois preocupa-se com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Trata-se, ainda, de um estudo exploratório-descritivo, no qual tem por objetivo proporcionar uma visão geral a respeito de um determinado fato a partir da descrição das características completas do fenômeno (GIL, 2014).

Para a construção do referencial teórico foram feitas pesquisas em livros relacionados aos temas de hotelaria hospitalar, morte, hospitalidade, humanização, serviços e gestão de *stakeholders*. Utilizaram-se também artigos científicos disponíveis em plataformas de trabalhos acadêmicos como, por exemplo, o banco de teses e dissertações da CAPES e o Google Acadêmico, além de dados extraídos de *sites* oficiais como, por exemplo, Ministério da Saúde e o *site* dos hospitais estudados.

5.1 Tipo de estudo

Para a elaboração desta pesquisa utilizou-se o estudo de casos múltiplos. Este método é comumente utilizado em pesquisas relacionadas às ciências sociais e contribui para o conhecimento a respeito dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais e sociais e investiga um fenômeno em profundidade em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010).

Os estudos de casos múltiplos contêm mais do que um único caso, considerados estudos mais robustos que envolvem tanto recursos e tempos mais extensos quanto a lógica de replicações literais e teóricas e permite que o investigador retenha as características holísticas e significativas dos eventos da vida real como [...] o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos [...] (YIN, 2010).

5.2 Instrumentos de coleta de dados

A pesquisa seguiu um roteiro de entrevistas semiestruturadas que consiste na entrevista contendo um “roteiro previamente estabelecido, mas também há um espaço para a elucidação de elementos que surgem de forma imprevista ou informações espontâneas dadas pelo entrevistado” (APPOLINÁRIO, 2011, p. 134).

A escolha da realização da entrevista como instrumento para coleta de dados desta pesquisa se justifica pelo fato que esse método apresenta vantagens como: maior flexibilidade, podendo haver esclarecimento de perguntas; possibilidade de obter informações mais precisas; oferece maior oportunidade para avaliar as atitudes (MARCONI, 2007).

Foram adotados os seguintes procedimentos para as entrevistas: preparação do roteiro de entrevista com perguntas relevantes para a resolução do problema de pesquisa, contato com os hospitais e execução da coleta de dados por meio de gravação eletrônica, autorizadas mediante assinaturas de cada entrevistado, conforme Termo de Autorização contido no (Apêndice E).

Em seguida, foram transcritas as entrevistas com o objetivo de analisar as respostas dos entrevistados escolhidos para a realização do estudo, de acordo com a caracterização dos mesmos, conforme mostra o (APENDICE F).

5.3 Descrição e análise dos dados

O roteiro semiestruturado da entrevista foi formado por um conjunto de perguntas que propiciaram a análise do ponto de vista dos profissionais entrevistados dos hospitais selecionados para o estudo a respeito da hospitalidade praticada pelos hospitais aos pacientes no momento da morte.

As perguntas que formam o roteiro das entrevistas propiciaram ainda, a análise das práticas de humanização dispensada pelos hospitais aos seus clientes de saúde; identificação dos principais *stakeholders* envolvidos na prestação de serviços do hospital no momento da morte; verificação da existência de hospitalidade entre a gestão do setor responsável pelo momento da morte e seus *stakeholders*;

Durante as entrevistas, foi apresentado aos entrevistados o conceito de hospitalidade segundo Gotman (2001), apresentou-se ainda o conceito de humanização na visão de Boeger (2016), os entrevistados foram indagados a respeito das práticas de hospitalidade e humanização existentes no momento da morte, e, também, foi apresentado o conceito de *stakeholder* e o mapa segundo Freeman (1984), foi solicitado aos entrevistados que indicassem outros *stakeholders* com a intenção de identificar os influenciadores importantes para a prestação de serviços do setor responsável pelo momento da morte nos hospitais ludovicenses.

Para a realização da análise dos dados seguiu-se o roteiro de organização de um estudo, que de acordo com Bardin (2011), devem organizar-se por meio dos critérios de pré-análise; exploração do material; e, o tratamento dos resultados.

Na pré-análise, considera-se a fase de organização do material que compõe o referencial teórico. A seguir, procede-se a formulação dos objetivos e dos indicadores que norteiem a interpretação das informações coletadas.

A exploração do material deu-se mediante as tarefas de codificação, envolvendo recortes textuais de autores com temas relacionados ao desta pesquisa.

Para o tratamento dos resultados consistiu-se em tabelar e transcrever os dados obtidos pela pesquisa, embasando a análise por meio do referencial teórico objetivando uma melhor interpretação para que os resultados pudessem ser discutidos.

5.4 Apresentação dos locais de estudo

Nesta parte do capítulo, apresentam-se as principais características de cada um dos hospitais escolhidos para a realização do estudo de casos, os dados aqui contidos estão de acordo com as informações disponibilizadas em *website* dos hospitais e nas entrevistas. Os hospitais não serão identificados. Evidencia-se que

as informações obtidas sobre o hospital B foram limitadas, tendo em vista que as informações aqui apresentadas foram adquiridas na entrevista com a colaboradora do respectivo hospital de acordo com o seu próprio conhecimento, pois o hospital não dispõe de um *site* para que fosse possível coletar mais informações.

5.4.1 Hospital A

O hospital foi fundado em 28 de julho de 1989 com apenas 30 funcionários e 17 leitos. O hospital se desenvolveu e tornou-se um dos maiores hospitais do Norte-Nordeste. Possui mais de 2.500 colaboradores, sendo que o corpo clínico ultrapassa 500 profissionais, e 10 especialidades cirúrgicas. Possui ainda mais de 30 especialidades médicas, entre elas: angiologia, atendimento em emergência, cardiologia, clínica médica, dermatologia, ginecologia, hepatologia, mastologia, medicina diagnóstica, medicina hiperbárica, medicina intensiva, medicina nuclear, neurocirurgia, neurologia, oncologia, ortopedia.

O hospital possui o selo de Acreditação com Excelência concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o selo de acreditação internacional Qmentum nível diamante concedido pela Accreditation Canada. Este hospital conta com três filiais que atende pacientes para a medicina diagnóstica, realização de exames e consultas nas diversas especialidades médicas.

5.4.2 Hospital B

O hospital possui 55 anos de fundação. Possui 54 apartamentos, 14 leitos de UTI e conta com 550 funcionários. É um dos hospitais privados mais antigos na cidade de São Luís.

Os serviços oferecidos pelo hospital são: Urgência e Emergência; Além das especialidades como: Clínica Geral, Ortopedia, Gastroenterologia, Cardiologia e Cirurgias em geral.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise feita com base nas entrevistas. A análise, por sua vez, apresenta a concepção dos entrevistados a respeito das relações de hospitalidade, humanização, serviços e gestão de *stakeholders* no momento da morte nos hospitais escolhidos para o estudo de casos múltiplos.

6.1 Análises do conteúdo das entrevistas

No decorrer da análise e discussão, os hospitais serão identificados em forma alfabética, sendo estes: Hospital A e Hospital B. A entrevista no hospital A, foi realizada na sala da psicologia no dia nove de outubro de 2018 com duração de 34 minutos. No hospital B aconteceu no dia 24 de outubro de 2018 na sala da gerência de enfermagem com duração de 29 minutos.

Para uma melhor identificação dos entrevistados, para denominá-los, utilizou-se termos de acordo com o seu cargo e siglas de acordo com a ordem alfabética do respectivo hospital onde trabalham, conforme mostra o quadro abaixo:

Figura 6: Entrevistados do setor responsável pelo momento da morte

Entrevistados	Hospital	Sigla
Coordenadora de Psicologia	Hospital A	C.P.H.A
Gerente de Enfermagem	Hospital B	G.E.H.B

Fonte: Pesquisa de campo outubro/2018

6.1.1 Percepção de Hospitalidade

De acordo com o depoimento da C.P.H.A, nota-se que a entrevistada percebe a hospitalidade como um ato de relacionamento entre as pessoas respaldado no acolhimento gerando um bem-estar. A G.E.H.B, por sua vez, acrescenta que está ligada a forma de tratar com respeito. As falas a seguir demonstram a percepção das profissionais sobre hospitalidade a partir das definições apresentadas por Gotman (2001):

Pra mim, a **hospitalidade é a capacidade [...] que o outro tem de acolher e de se relacionar com o outro de uma forma com que ele se sinta o mais acolhido** e o bem-estar possível, então pra mim, sinônimo de hospitalidade, né? O conceito **de hospitalidade passa por um acolhimento que proporciona um bem estar.** (C.P.H.A. grifo nosso).

Sobre a forma de tratar. Aqui no nosso caso, fazendo uma analogia, né? Para o hospital, é a nossa forma de tratar, é a nossa forma de é... atender, é a nossa forma de... é a gente ter hospitalidade porque a gente vai “tá” recebendo não só o paciente como a família dele, então é a nossa hospitalidade com ele, é nossa forma de tratar, respeitando que ele é um ser biopsicossocial, ele tem uma religião, ele tem uma família, ele tem as crenças e é nisso que eu entendo a hospitalidade no nosso caso. (G.E.H.B grifo nosso).

Dessa forma, destaca-se que a hospitalidade envolve diferentes atores, de um lado há aquele que presta determinado serviço e do outro aquele que recebe e nesse processo de interação entre os protagonistas deve haver um acolhimento de forma a proporcionar um bem-estar. Nesse sentido, a hospitalidade pode ser vista como “um ritual básico do vínculo humano” (CAMARGO, 2008, p. 16).

No entanto, percebe-se que as entrevistadas compreendem a hospitalidade ainda de forma limitada ao acolhimento e respeito aos pacientes por meio do atendimento, quando na verdade “a hospitalidade consiste em um conjunto de serviços, atitudes e estruturas com o objetivo maior de proporcionar-lhe bem-estar, conforto, segurança e acolhida com qualidade” (BAPTISTA, 2002, p. 157).

Perguntada sobre como acontece a hospitalidade do setor no momento da morte, a C.P.H.A afirma que a hospitalidade no momento da morte no hospital se manifesta por meio dos primeiros atendimentos assistenciais ao paciente no momento da sua morte e do suporte emocional aos familiares. A G.E.H.B aponta que acontece desde os primeiros momentos no falecimento do paciente quando é dado acolhimento à família no momento de noticiar a morte e por meio do respeito as suas crenças. As falas abaixo confirmam:

[...] um paciente apresenta um... uma parada cardiorrespiratória em que é... onde o **coração deixa de bater e aí passa-se a fazer toda assistência técnica da equipe, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas fazendo assistência,** paciente não volta, ou seja, o coração dele não volta a bater, ele morre. Então a primeira etapa nós somos comunicados deste óbito [...]. **A gente já faz o acolhimento com as devidas orientações pra retirar a família daquele lugar de crise até porque a equipe precisa agir, e as vezes a família num processo de descompensação pode acabar interferindo no processo, porque a família normalmente já entra em processo de crise [...] então nós tiramos a sua família da beira do leito e levamos pra uma salinha específica** (C.P.H.A grifo nosso).

[...] a gente não dá nenhuma notícia de morte por telefone, tá? Então a gente sempre busca um local confortável [...] eles vão pra uma sala de reuniões que tem dentro da UTI, é chamado um médico, enfermeiro, psicólogo pra conversar com essa família pra passar as informações pertinente ao óbito [...]. E aí também a questão do paciente só descer depois que chegar um familiar. Então a gente jamais desce um paciente que evoluiu a óbito sem que a família esteja presente. Porque as vezes tem algum momento de oração que são feitos (G.E.H.B grifo nosso).

Portanto, a hospitalidade nos hospitais estudados, é percebida por meio da assistência prestada ao paciente no momento da morte e do acolhimento da família, a hospitalidade é praticada por todos os profissionais durante o atendimento que é prestado a esses pacientes e seus familiares.

Todos os cuidados como, retirada de aparelhos, procedimento de higienização do corpo que é feito pela equipe de enfermagem também são considerados pela entrevistada do hospital A como um ato de hospitalidade com o paciente que faleceu.

Acionamos a equipe médica pra que a equipe médica vá até essa família pra comunicar o óbito [...] enquanto isso no leito está a **equipe já começando o processo de higienização do corpo, então já começa a tirar os aparelhos [...]** ai a gente tira todo aparelhagem deixa o paciente o mais... o menos invadido possível, né? a gente retira tudo daquilo, mas nós não manipulamos corpo né? Nós não mexemos, não abrimos nada, nós só tiramos os aparelhos, fazemos os tampões nos principais orifícios (C.P.H.A grifo nosso).

Dessa forma, observa-se que os hospitais compreendem a prestação de serviços hospitalares aos pacientes no momento da morte, mas esta prática é trabalhada de forma limitada, a hospitalidade é exercida com maior percepção aos familiares, pois dessa forma o processo de luto será elaborado da melhor maneira possível por parte da família que vivencia o processo de perda.

A importância da hospitalidade a família do paciente é defendida por Boeger (2011, p. 54) ao afirmar que é importante que a hospitalidade seja praticada também aos familiares dos pacientes ainda mais na situação de vivência da morte do seu ente querido, durante esse momento uma atmosfera acolhedora facilitará até mesmo a elaboração do processo de perda e auxiliará a família a reestruturar sua vida novamente.

Portanto, a hospitalidade no momento da morte é inerente a todos os colaboradores dos hospitais estudados, e é praticada não somente ao paciente, mas também ao seu familiar facilitando, dessa forma, o processo de aceitação da perda.

Portanto, os hospitais reconhecem que tanto os pacientes quanto familiares precisam receber atendimento hospitalareiro para tornar sua estada no ambiente mais agradável e no momento da morte os tratamentos dignos sejam garantidos.

Ao ser questionado sobre o momento em que o setor responsável pelo momento da morte exerce o papel de anfitrião e de hóspede, a C.P.H.A relatou que eles se comportam apenas como anfitrião, pontuando principalmente o momento em que eles recebem e acolhem os familiares dos pacientes no momento da morte. A G.E.H.B relatou que o setor é hóspede do serviço de nutrição no momento das refeições e anfitrião durante o atendimento ao paciente.

A gente da psicologia se comporta como anfitrião, nós recebemos, nós sempre acolhemos, né? Então a nossa posição é sempre essa até porque no momento de óbito tem todo um envolvimento de sofrimento atrelado a família, a equipe; e normalmente somos nós da psicologia que fazemos todo esse elo, todo esse acolhimento [...]. **Então, nós da psicologia, normalmente, somos os anfitriões, somos nós quem recebemos, nós somos quem acolhemos, nós somos quem conduzimos todo aquele contexto no óbito** (C.P.H.A grifo nosso).

Por exemplo, **como hóspede quando o serviço de enfermagem tá usando o refeitório do hospital**, por exemplo: tá no horário da alimentação, no horário do almoço “pros” que almoçam aqui então nesse momento ele é o hóspede no serviço de nutrição, o serviço de enfermagem que é o que eu respondo, sendo **o anfitrião no momento que estou atendendo o paciente** (G.E.H.B grifo nosso).

Foi questionado à entrevistada do hospital A se em nenhum momento ela analisa o setor exercendo o papel de hóspede durante essa relação entre paciente e família no momento da morte, a profissional foi bem clara ao afirmar “não vejo, nessa situação do óbito não” (C.P.H.A). Portanto, em nenhum momento ela identifica o setor exercendo o papel de hóspede. A entrevistada do hospital B também não identifica outras situações além das relatadas acima, ela pontua “só observo isso mesmo” (G.E.H.B).

Grinover (2006, p. 31) afirma que a hospitalidade é uma relação entre dois atores: aquele que recebe e aquele que é recebido; ela se refere à relação entre um, ou mais hóspedes, e uma instituição [...] integrada em um sistema que pode ser institucional, público ou privado, ou familiar. Dessa forma, pode haver outras situações em que o setor responsável pelo momento da morte exerce a função de hóspede e anfitrião, no entanto, não é identificado pelas entrevistadas.

Diante do exposto, observa-se que as entrevistadas têm uma percepção conceitual generalizada sobre o que vem ser a hospitalidade, pois esta é compreendida por elas como o ato de acolher e atender bem e como resultado gera bem-estar, no entanto, a hospitalidade compreende muito mais do que o acolhimento. Conforme aborda o referencial teórico deste estudo, a hospitalidade está relacionada à prestação de serviços de qualidade e compreende até mesmo a estrutura do ambiente que além do bem-estar, proporciona segurança e conforto.

Outro ponto a ser considerado é que a C.P.H.A se vê exercendo apenas o papel de anfitrião, visto que, para ela, presta o serviço de recebimento e acolhimento das famílias de forma hospitaleira quando há a ocorrência de óbito no hospital e em nenhum momento ela observa-se como hóspede, já a G.E.H.B tem a percepção de hóspede quando os colaboradores do setor vão ao refeitório fazer suas refeições.

Portanto, a partir dos relatos evidenciados, observa-se que os hospitais entrevistados se preocupam com a hospitalidade no atendimento ao paciente e a família que vivencia o momento de perda e por meio de determinados procedimentos buscam ser hospitaleiros, no entanto, a oferta de hospitalidade para o paciente no momento da sua morte é muito limitada sendo compreendida apenas como os serviços de higiene e retirada de aparelhos. Dessa forma, ressalta-se que as relações de hospitalidade são importantes para que o setor tenha êxito na execução das suas atividades e os serviços oferecidos aos clientes de saúde sejam de qualidade.

6.1.2 Percepção de Humanização

A coordenadora entrevistada do hospital A apresenta percepção de humanização como um conceito amplo, ela afirma que quando o conceito de humanização é aplicado à instituição hospitalar é muito abrangente. A entrevistada associou a humanização com cuidar do outro olhando-o de forma humana. A entrevistada do hospital B afirma que eles adotam o programa nacional de humanização, para ela a humanização está relacionada ao respeito e ao cuidado ao paciente enquanto pessoa e não da doença. Os trechos abaixo evidenciam esta afirmação.

Bom, **humanização pra mim é um conceito muito amplo, né? Ele é muito abrangente pra realidade que a gente vive enquanto instituição hospitalar.** Humanização é a capacidade de é... olhar o outro, né? Com um olhar, parece redundante, mas humano no sentido de você ver o outro como alguém que tem a sua subjetividade, a sua particularidade e cuidar dele daquela forma, né? [...] **Então a humanização é você cuidar do outro com um olhar humano, respeitando-o enquanto indivíduo único** (C.P.H.A grifo nosso).

Aqui a gente trabalha com o programa nacional de humanização. [...] então a gente vai buscar também junto com a hospitalidade atender o paciente pensando nele como um ser biopsicossocial, não é tratar a doença, mas sim a pessoa. No caso aqui do hospital é nisso que a gente trabalha, a questão da humanização. **É respeitar a questão da crença, é respeitar a questão da raça, é respeitar a questão dos costumes** (G.E.H.B grifo nosso).

As profissionais entrevistadas afirmam ainda que a humanização está associada ao cuidado prestado de acordo com as necessidades e características peculiares de cada um, pois cada pessoa tem suas próprias necessidades que devem ser respeitadas e atendidas levando em consideração as características e particularidades de cada paciente.

Então eu tenho alguém que tem as suas características peculiares e que eu vou tratá-lo da forma com que ele merece naquele contexto, eu não posso generalizar, achar que todo mundo deve ser tratado de uma mesma forma. Vai ser em que sentido cada um se encaixa, nos princípios básicos de respeito, né? De acolhimento, mas no sentido de que eu tenho a minha particularidade e que eu vou ser cuidada a partir da minha particularidade, você tem a sua eu vou me adequar a partir da sua particularidade (C.P.H.A grifo nosso).

Então, eu tenho um paciente aqui que já me solicitou rede, que só dormia em rede, então a gente conseguiu colocar um armador de rede “num” apartamento aqui porque a pessoa não conseguia dormir em cama. **Então são essas adequações que eu acredito que a gente trabalha a questão da humanização.** Eu já tive paciente que foi diagnosticado com uma doença, entrou com cuidados paliativos e **a família solicitou que não queria que ele descesse no saco, que ele não queria que ele descesse no lençol e que queria já que ele descesse vestido** com a roupa que ele havia escolhido e assim foi feito. **Então acho que atender essas particularidades que faz parte da humanização** (G.E.H.B grifo nosso).

De acordo com a fala das entrevistadas, pode-se perceber que as suas percepções sobre humanização estão associadas principalmente a cuidar das pessoas com respeito. Mas, “a humanização também se fundamenta, além do respeito, por meio da valorização e da ética para com a pessoa humana” (RIOS, 2009).

Em seguida, indagada sobre como a humanização está inserida na execução de suas atividades as respostas foram semelhantes, tanto a C.P.H.A quanto a G.E.H.B destacam que a humanização faz parte das ações de suporte psicológico dado a família, a C.P.H.A destaca também os cuidados com o corpo do paciente morto. Os trechos a seguir evidenciam suas falas:

Bom, a humanização ela tá dentro das nossas ações no sentido de... de primeiro fazer a família participar do processo, isso é um ato humanizado, porque a família conhece do que está acontecendo e se sente participativa do processo. Isso é humanizar, principalmente quando a família solicita esse desejo [...]. **A outra coisa que entra humanização é o nosso cuidado com o corpo do outro**, ali não tem mais uma vida, mas tem um corpo, um bem de alguém, então o processo de higienização, de tentar tirar, por exemplo se tiver ensanguentado deixar o mais... o menos é... é... como a que gente...? impactante possível (C.P.H.A grifo nosso).

É. O que eu vejo mais que a gente consegue fazer mais próximo da humanização nesse processo é o acompanhamento nesse processo de luto com o serviço de psicologia, né? Então a psicóloga ela tem um preparo melhor pra atender esse momento de luto, pra compreender alguns momentos, porque que as pessoas reagem de forma diferente (G.E.H.B grifo nosso).

Nos hospitais A e B há um local chamado morgue para onde é destinado o corpo do paciente, no hospital A ao ser encaminhado para este local o corpo vai dentro de uma maca específica, parecida com uma urna que desta forma diminui o impacto que é sentido ao olhar o corpo de um paciente morto, já no hospital B o corpo vai em uma maca convencional dentro de um saco de óbito, então esses procedimentos também são vistos pelas entrevistadas como ações de humanização.

O uso desta urna, desta maca urna pra impactar menos quem tá assistindo o processo, já que aquilo vai andar ou dentro da UTI, ou nos corredores do hospital. **Isso é humanização, essa preocupação de você querer diminuir o impacto que é um óbito**, é algo que é muito impactante, não só pra quem vive enquanto família, mas pra equipe, pros demais colaboradores que estão na instituição, pros demais pacientes que estão na instituição, então isso também é humanização, é um acolhimento acima de tudo, né? (C.P.H.A grifo nosso).

Nós temos lá embaixo um morgue que eles descem é... mas assim é uma estrutura simples, mas é uma estrutura que tem é... as pedras de granito que eles ficam lá aguardando [...] **vai coberto com um lençol, a gente tem é... que se chama, na nossa linguagem, é um saco de óbito descartável**, mas que quando a família opta que não desça, como eu já falei, a gente não faz também, né? A gente só bota o lençol encima, se a família decide que já quer descer com corpo já vestido também já se faz, né? (G.E.H.B grifo nosso).

Outro ponto que chama atenção é que no hospital A o setor responsável pelo acolhimento no momento da morte não tem nenhuma ligação com a hotelaria

hospitalar, portanto, a hotelaria hospitalar neste hospital não participa de nenhuma das atividades de humanização prestada ao paciente e a família no momento da morte. O hospital B ainda está tentando implantar o setor de hotelaria hospitalar e os setores envolvidos no momento da morte é a psicologia, enfermagem entre outros.

O nosso serviço não é ligado a hotelaria hospitalar. A hotelaria hospitalar tem o serviço próprio deles que fazem todo esse contexto de adequação mesmo, de leitos, de materiais e tudo, **mas em relação a este acolhimento de óbito em si a hotelaria hospitalar ela não participa**, ela só participa no final no processo de higienização, dessas outras etapas, mas do processo do óbito em si não. A hotelaria ela não participa (C.P.H.A grifo nosso).

Por isso, que a nossa gestora buscou conversar com vocês da UFMA justamente pra trabalhar isso, **ela está montando o serviço de hotelaria aqui**, então por isso ela “tá” buscando essa parceria com vocês lá na UFMA [...] **Os setores envolvidos no momento da morte são Enfermagem, psicologia, condutores de pacientes, serviço de limpeza** pra poder limpar o local, mas são esses os serviços. (G.E.H.B grifo nosso).

A implantação da hotelaria no ambiente hospitalar visa garantir conforto, segurança e bem-estar aos clientes de saúde não somente por meio de melhorias na estrutura física, mas também de serviços humanizados, dessa forma, os serviços de humanização no momento da morte “podem ser administrados pelo gestor de hotelaria hospitalar” (BOEGER, 2017).

Os hospitais estudados compreendem a importância da humanização no momento da morte do paciente e suas principais ações de humanização são: suporte psicológico para a família e o cuidado com higienização e manuseio do corpo, dessa forma eles visam promover a humanização aos seus clientes de saúde, possibilitando que o paciente seja respeitado mesmo com o advento da sua morte.

Segundo Boeger (2011, p. 53) “humanizar a morte não consiste apenas na utilização de recursos [...] é preciso ir além da oferta de uma boa cama [...] focar apenas na estrutura física não é suficiente para humanizar o atendimento prestado aos pacientes e familiares no momento da morte”. Nesse sentido, para tornar o momento da morte humanizado deve-se considerar além dos procedimentos técnicos e estruturais.

Portanto, para ser mais humanizado possível é preciso ser hospitaleiro, humano e acolhedor e promover o respeito ao paciente mesmo com o advento da sua morte. Dessa forma, destaca-se que a humanização é importante para que os

clientes de saúde possam ter uma estada de qualidade e a garantia do respeito aos seus direitos.

6.1.3 Percepção de Serviços

Ao ser indagado sobre os principais serviços que são ofertados no momento da morte, a entrevistada do hospital A citou como alguns serviços a comunicação de má notícia e suporte ao luto. Já a entrevistada do hospital B citou também o acolhimento à família.

Os principais serviços são, suporte ao luto, né? Comunicação de má notícia primeiro, você comunicar o que aconteceu, depois suporte ao luto, isso é um serviço, você dá um... você presta um suporte emocional, você dá uma orientação burocrática, né? Que isso normalmente é em parceria com o serviço social que é conduzir a parte de declaração de óbito, serviços funerários, muitas vezes a família tá completamente desorientada em relação a isso, é outro serviço que nós prestamos, é da gente enquanto psicologia sim, são esses os principais (C.P.H.A grifo nosso).

Então assim, a gente faz o acolhimento com a família com o serviço de psicologia, quem atua mais nesse processo de luto é o serviço de psicologia, que a gente tem a psicóloga aqui fora nos postos e a gente tem a psicóloga dentro da UTI. As vezes o que a gente faz é a noite, no final de semana, no horário que não tem a psicóloga, tanto a enfermeira, quanto o médico **sentam, conversam e tentam da melhor maneira possível trabalhar esse momento do óbito** (G.E.H.B grifo nosso).

Esses serviços citados pela entrevistada são direcionados para a família do paciente e visam o conforto emocional, a minimização do sofrimento e a preparação para o luto e são importantes nesses momentos de perda de um parente, nessa perspectiva, Kovács (1992) relata que “o luto mal elaborado pode causar sintomas físicos e mentais que prejudicam a família”.

Além do acolhimento a família, a entrevistada do hospital B pontuou também o recolhimento dos pertences e os serviços de cuidados com o corpo do paciente morto, o qual é denominado de cuidados pós morte e está relacionado à retirada de aparelhos e higienização quando necessário.

A gente faz todo o serviço de enfermagem **faz todo o recolhimento dos exames, os exames de laboratório, exames de imagem, produtos de higiene pessoal. Recolhe tudo, identifica tudo, protocola tudo, entrega pra família. O serviço de enfermagem também faz toda retirada de drenos, tubos dos pacientes, fixações, qualquer coisa que seja considerado dispensável no momento do óbito, então tem que tirar um cateter, tem que tirar uma sonda, tem que tirar um tubo oro traqueal a gente faz esses cuidados que é o que a gente chama de cuidados pós morte [...] Às vezes, precisa até fazer uma higienização no paciente (G.E.H.B grifo nosso).**

Segundo Viera (2004, p. 77) serviços são “ações, atos, que diferentemente dos produtos, possuem um enfoque intangível, pois seu resultado ou produto final é sempre um sentimento, seja ele de satisfação ou não”. Nesse sentido, os hospitais devem se empenhar em oferecer serviços de qualidade aos seus clientes de saúde, pois dessa forma, o sentimento destes consumidores será de satisfação.

Ao serem indagadas se além desses serviços mencionados acima é oferecido algum tipo de serviço especial como, por exemplo, para pacientes *VIPs*, a C.P.H.A destacou que não há serviços diferenciados e todos os clientes recebem os serviços com a mesma qualidade e não existem privilégios, da mesma forma a G.E.H.B pontuou que não há diferenciação e o setor tenta atender todos os pedidos convenientes dos clientes de saúde.

Assim, nós não temos nenhum tipo de diferenciação nesse sentido de temos setor tal que vai pra paciente tal, acomodações tais pra *VIPs*. Nós não temos acomodações *VIPs* não [...] **nós não temos *VIP* no sentido de privilegiar**, não, isso, entendeu? [...] se internar aqui o papa e se internar aqui uma pessoa humilde, mas que tenha convênio **eles vão ser tratados da mesma forma, vão ter direito as mesmas acomodações** (C.P.H.A grifo nosso).

A gente tenta atender todos os pedidos que aparecem, alguns são possíveis outros não são. Tem família que pede: “eu preciso que meu grupo de oração venha fazer uma oração aqui no apartamento”, isso pra gente não é problema nenhum, tá? [...]. **Dentro do possível a gente faz, ah já apareceu um caso que pediu um armador de rede então a gente hoje tem um apartamento que tem um armador de rede A gente tenta atender dentro do possível a gente dentro das nossas limitações por questões de vigilância sanitária, por questões organizacionais a gente tenta atender** (G.E.H.B grifo nosso).

Las Casas (2006, p. 19) classifica os serviços como, serviços de consumo e serviços industriais, dessa forma, os serviços oferecidos pelos hospitais no momento da morte podem ser considerados como de consumo, pois são direcionados diretamente ao consumidor final, nesse caso, os pacientes e familiares.

O hospital A passa por uma ampliação em sua estrutura física, portanto, alguns clientes podem ser internados na estrutura antiga e outros na estrutura mais nova, há casos em que há a necessidade de acomodar o paciente em um local específico, por determinação clínica.

Nós temos, por exemplo, alguns tipos de pacientes que eles acabam sendo alocados em postos que são mais novos, que são, né? Que tem uma estrutura mais reforçada porque a gente está numa ampliação do hospital e tem alguns setores mais antigos que a estrutura é um pouco diferente, então tem determinados tipos de pacientes que eles são alocados em determinados setores devido a sua estrutura física, ou por necessidade clínica (C.P.H.A).

Outro ponto, é que no hospital A tem uma diferença quando se trata das acomodações do apartamento e da enfermaria, pois a enfermaria acomoda dois pacientes por quarto e no apartamento é possível acomodar somente um paciente, e de acordo com o plano de saúde o paciente é destinado para a acomodação pertinente ao seu convênio, que segundo a entrevistada não se trata de uma determinação do hospital.

A diferença que se trata só é quando é acomodação, apartamento e enfermaria, a enfermaria são dois por quarto e no apartamento é só um, mas isso é uma questão de convênios de planos de saúde e não porque a gente escolheu um ser *VIP* e o outro não ser *VIP* (C.P.H.A).

Pode-se perceber que os hospitais não privilegiam apenas determinados pacientes com serviços diferenciados, há uma preocupação em disponibilizar serviços de qualidade para todos independente da sua condição social ou econômica, os hospitais ainda privilegiam principalmente as condições físicas e estruturais do ambiente e o atendimento aos pedidos dos clientes de saúde de forma que os serviços sejam adequados as suas necessidades para tornar sua estada no ambiente hospitalar o menos desagradável possível.

Ao questionar a entrevistada do hospital A sobre a relação de hospitalidade e humanização na prestação de serviços do setor a C.P.H.A destaca que todos os serviços ofertados pelo setor são pautados na hospitalidade e humanização, pois estas ferramentas constituem o princípio do cuidado à vida das pessoas.

Na verdade todos os nossos serviços, toda a assistência que a gente presta ela é sempre pautada na questão da hospitalidade porque assim, a hospitalidade ela é o princípio básico de quem cuida da vida de alguém, da saúde de alguém, e a humanização também, então não tem como a gente não fazer nada se não for pensar em ser hospitaleiro e ser humano, então tudo que a gente faz dentro do serviço, especialmente da psicologia que é o que a gente atua é baseado na busca de se... de se acolher alguém e acolhe-lo da melhor forma possível (C.P.H.A grifo nosso).

É importante que o relacionamento estabelecido entre o hospital e seus clientes seja pautado na hospitalidade e humanização, pois é o consumidor que pode avaliar, de forma favorável ou não, os serviços oferecidos a ele. Churchill (2000, p. 293), é de acordo com esta afirmação ao relatar “que o sucesso de uma prestadora de serviços muitas vezes depende da sua capacidade de desenvolver relações com os clientes e prestar serviço de qualidade”.

A partir dos depoimentos, nota-se que os hospitais primam pela assistência humanizada para pacientes e familiares no momento da morte e reconhecem que a prestação de serviços pautados na humanização e hospitalidade é indispensável à atividade hospitalar em detrimento a natureza dos serviços que os hospitais visam oferecer. Nesse sentido, serviços humanizados e hospitaleiros proporciona cuidado de qualidade aos clientes de saúde.

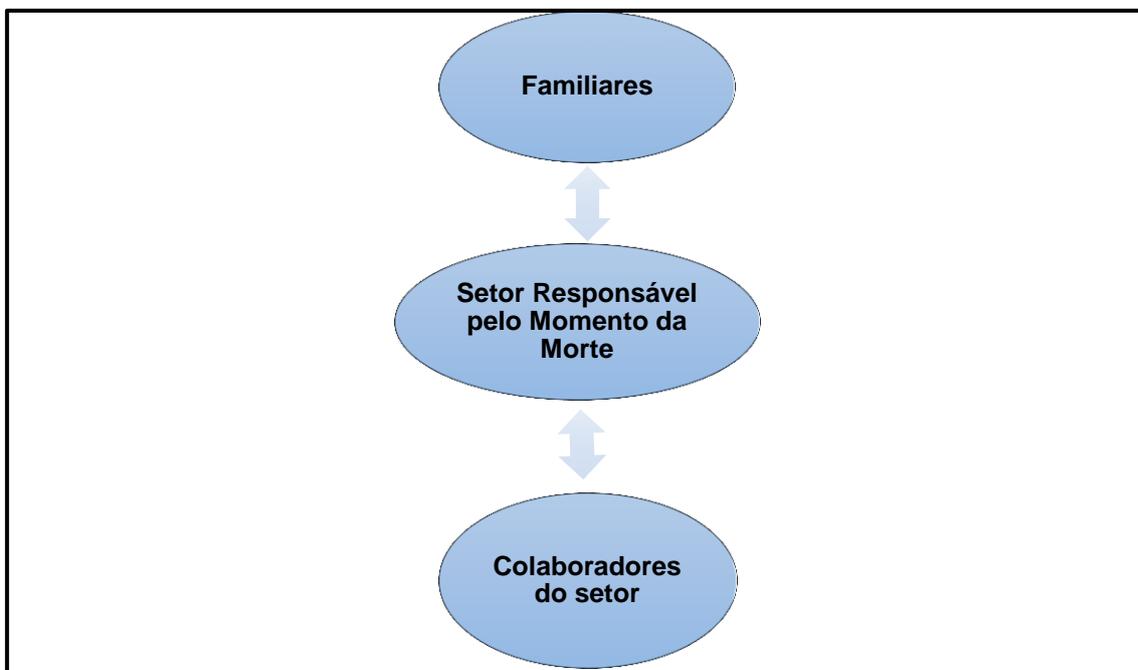
Com base nos relatos das entrevistadas, pode-se notar que os principais serviços identificados que são ofertados pelo setor de psicologia no hospital A no momento da morte foram comunicação de má notícia e suporte ao luto, visto que esse setor visa principalmente prestar suporte psicológico aos clientes. Além desses, no hospital B a gerente de enfermagem cita os cuidados pós morte, considerando que a equipe de enfermagem detém de preparação para prestar cuidados técnicos ao corpo do paciente.

A respeito da relação de hospitalidade e humanização na prestação dos serviços, pode-se perceber que as entrevistadas reconhecem a importância desta relação para que os clientes de saúde possam ter melhores dias de estadia por meio da humanização e em caso de morte os pacientes e a família recebam os melhores cuidados.

6.1.4 Percepção de *Stakeholders*

Apresentou-se o conceito de Stakeholders segundo Freeman (1984), para que fosse construído o mapa de *stakeholder* de cada hospital. As entrevistadas não concordaram com a maioria dos *stakeholders* apresentados e identificam apenas os familiares e os colaboradores do setor como influenciadores dos resultados das suas atividades, e não acrescentaram nenhum outro, conforme pode ser observado na figura a seguir:

Figura 7: Mapa de stakeholder dos Hospitais A e B



Fonte: Pesquisa de campo out./2018.

De acordo com Yatsu (2017) a análise dos *stakeholders* permite verificar o ambiente em que a empresa está inserida, avaliar a sua influência e como estes atores podem interferir nos objetivos da empresa. Dessa forma, se faz importante que o setor responsável pelo momento da morte nos hospitais saiba identificar os seus *stakeholders*, para que assim possa avaliar a influência exercida por estes atores e analisar o impacto que cada um deles causa para os objetivos desse setor.

Os demais *stakeholders* apresentados as entrevistadas foram: funerária, cartório civil e líderes religiosos, mas em suas palavras a C.P.H.A apontou que o

setor não trabalha com esses *stakeholders*, quando a família solicita o setor de serviço social informa telefones de contato de algumas funerárias, quanto aos líderes religiosos, não é o setor que os chama, normalmente a própria família o leva ao hospital, quanto ao cartório civil eles apenas orientam a família do paciente quanto ao endereço, conforme se observa no relato a seguir:

[...] nós não trabalhamos com isso, por exemplo, **normalmente a gente deixa a critério da família o buscar o serviço de funerária, mas se a família disser assim, nós não conhecemos serviço de funerária, vocês têm algum número pra indicar? Ai a equipe de serviço social tem e indica [...].** Os líderes religiosos normalmente eles não estão presentes no momento do óbito em si, as vezes eles já fizeram visitas antes, ou quando estão com a família é algo muito pessoal, também não somos nós que trazemos, **esses líderes que estão próximo aos familiares durante o processo normalmente são trazidos pelos familiares.** O cartório civil, nós sempre orientamos. **Então, olha-se o cartório referente a esta região do hospital é o cartório X, esse cartório que é o que fica na Cohab, nos fins de semana é o plantão que fica no fórum, ou tal outro cartório.** Isso a gente orienta, porque nem sempre a família sabe desse processo [...] (C.P.H.A grifo nosso).

No hospital B, a G.E.H.B esclarece em suas palavras que as atividades do setor não são influenciadas por cartórios, líderes religiosos ou funerária e caso a família solicite a entrada de líderes religiosos não há nenhuma interferência por parte do hospital, e solicitações de informações de cartórios ou funerárias a família é orientada a se dirigir até a recepção para que o recepcionista faça a busca das informações solicitadas.

[...] A gente tem colaboradores do setor que atendem no momento do óbito e a gente tem a família, mas funerária, líder religioso e cartório a gente não indica e a gente não interfere em nada disso. É... as vezes a família pede ah, por favor me indica uma funerária porque a gente não é daqui, não conhece ninguém a gente encaminha pra recepção, a recepção busca lá as funerárias disponíveis e informa, mas a gente não tem essa relação e nem de cartório, ah qual é o cartório mais próximo daqui? Às vezes, é uma família que não é de São Luís então a gente manda pra recepção buscar o cartório mais próximo e tentar orientar (G.E.H.B)

Pode-se perceber que os setores que atuam no momento da morte nos hospitais estudados têm dificuldade em identificar os principais influenciadores importantes para garantir os bons resultados das atividades do setor. Afinal, “*stakeholder* é qualquer pessoa ou empresa que influencia ou é influenciado direta ou indiretamente pelos resultados da empresa” (FREEMAN, 1984).

Segundo Martins, Silva e Santos (2014, p. 5) “como os hospitais são organizações complexas, muitos são os seus interessados”. Dessa forma, pode haver outros *stakeholders* importantes para a atividade do setor responsável pelo momento da morte, cabe ao setor saber identificá-los e buscar promover relação com cada um deles. Mainardes et al. (2011) pontua que todas as partes que têm influências na organização, devem ser consideradas na definição das ações a serem realizadas.

Quanto à relação de hospitalidade com os *stakeholders* a C.P.H.A pontuou que acontece naturalmente e com a família do paciente ocorre desde a entrada para internação até sua saída do hospital.

Acontece naturalmente, a família já reconhece que acontece desde o processo inicial, porque, todas as famílias em que o paciente morre aqui dentro, a gente já tem todo um vínculo, **então essa relação de hospitalidade ela já é construída desde o dia que esse paciente chega até o dia que ele sai, seja por óbito, ou seja por alta, e então ela já acontece naturalmente ao longo de todo processo** (C.P.H.A grifo nosso).

A G.E.H.B pontua a hospitalidade com os colaboradores, afinal estes são considerados importantes *stakeholders* para as organizações, dessa forma, a prática de hospitalidade com eles é fundamental para a execução das atividades do setor. Portanto, o hospital B sempre busca executar ações que visam a motivação dos funcionários de todo o hospital.

Sim. Tanto que a gente sempre tá fazendo ações de hospitalidade, tudo que a gente pode fazer pra motivar os stakeholders. Então foi o aniversário do hospital... e como que a gente iria trabalhar o aniversário do hospital? A gente fez uma missa, fez sorteio pros funcionários... Sorteou inclusive consultas, exames, algumas coisas assim pra eles, e fez avaliação com a nutricionista pra todos que “tavam” aqui, teve a questão da vacinação. Então a gente sempre busca isso. Agora a gente “tá” trabalhando o outubro rosa, novembro azul, no outubro rosa a gente sorteou umas mamografias fez uma palestra de conscientização. No novembro azul vai ter um jogo de futebol, algumas consultas com o urologista, porque é pro homem e vai ter uma, mobilização também com palestras, sempre buscando essa parte também (G.E.H.B).

De acordo com Sousa e Almeida (2003) Todos os *stakeholders* são importantes para a organização, pois todos eles influenciam os resultados da empresa, sendo assim, a sua existência no mercado depende do relacionamento estabelecido entre empresa e *stakeholders*. Por isso a importância do relacionamento hospitalareiro entre o setor que atua no momento da morte nos hospitais e seus *stakeholders*.

Foi questionado se as relações de hospitalidade com os *stakeholders* favorecem a prestação dos serviços do setor, a entrevistadas pontuam que sim, inclusive a C.P.H.A acredita que a hospitalidade é fundamental, principalmente quando se trata da hospitalidade com a família, pois pode criar uma relação de fidelidade e ela voltar para o mesmo hospital outras vezes, se for necessário. A G.E.H.B aponta que os cuidados paliativos e o perfil dos clientes que o hospital atende é importante para definir as ações adequadas a ser aplicada no atendimento aos clientes de saúde.

Sim, claro. Eu acho que isso é fundamental. As relações de hospitalidade são fundamentais e eu acho que ela fideliza o cliente, né? Quanto mais hospitaleiro você é, quanto mais acolhedor você é, maior a chance do paciente voltar (C.P.H.A).

Ah, sim. Com certeza. A questão da gente ter começado a trabalhar com cuidado paliativo mudou muito esse processo aqui dentro. A gente atende muito paciente idoso, muito paciente com re-hospitalização, muito paciente que vem de *home care*, então assim, são esses, o nosso perfil a gente não atende crianças, a gente não faz parto, então a gente tem uma clientela que é muito específica então a gente tem várias particularidades que nos levam a ter pacientes com um perfil muito parecido (G.E.H.B).

Portanto, percebe-se que na visão das entrevistadas os familiares e os colaboradores são os únicos *stakeholders* do setor responsável pelo momento da morte, inclusive no hospital A, os familiares são considerados peça-chave para que o hospital continue a exercer suas atividades, por permanecerem junto ao paciente no momento da morte a família é um ponto importante para a avaliação dos serviços oferecidos pelo hospital. No hospital B, também é reconhecido a importância dos colaboradores para a execução de forma adequada das atividades, dessa forma o hospital busca motivá-los para garantir a qualidade dos serviços, os bons resultados e o sucesso.

6.2 Discussão

A hospitalidade praticada pelos hospitais de São Luís está relacionada ao tratamento dispensado aos pacientes e familiares, portanto a hospitalidade é percebida por meio do tratamento acolhedor, e do relacionamento baseado no respeito de forma que proporcione bem-estar ao paciente e a família. Porém, de acordo com o pensamento de Dias (2002), a hospitalidade proporciona outros

benefícios, entre eles o conforto físico e psíquico do hóspede alcançado não apenas por meio da interação entre pessoas estranhas, mas pela agregação ao espaço e estruturas físicas e culturais.

Outro momento em que a hospitalidade é percebida pelas entrevistadas é no acolhimento, nas orientações burocráticas e no suporte ao luto que é prestado aos familiares do paciente no momento da morte, pois dessa forma auxilia a família que se encontra em um processo de fragilidade por causa da perda, confirmando assim o pensamento de Boeger (2011, p. 41) ao reconhecer a importância da hospitalidade no momento de passar informações pertinentes ao óbito aos familiares fornecendo suporte necessário no momento de perda e dor.

As entrevistadas mencionam o respeito ao ser humano enquanto indivíduo único como premissa da humanização. A entrevistada do hospital B cita o respeito às crenças, aos costumes, a raça e a preocupação em atender as particularidades respeitando a subjetividade de cada pessoa como ferramentas que constituem a humanização do ambiente hospitalar, pois, “humanizar a saúde compreende o respeito à unicidade de cada pessoa personalizando a assistência” (WALDOW; BORGES, 2011, p. 416).

As ações de humanização e hospitalidade podem fazer parte da hotelaria hospitalar, visto que este setor tem por objetivo a “valorização do paciente lhe proporcionando conforto, segurança e bem-estar” (GODOI, 2008, p.52), mas nos hospitais aqui analisados não há participação do setor de hotelaria hospitalar com as ações de hospitalidade e humanização praticadas no momento da morte. Nesse sentido, foi possível observar que nos hospitais de São Luís não é definido de forma objetiva qual setor deve atuar nas ações de hospitalidade no momento da morte, pois no hospital A verificou-se que é de responsabilidade do setor de psicologia, enquanto que no hospital B é o setor de enfermagem que desenvolve essas ações.

Na sua fala, a C.P.H.A, pontua que no hospital A, a hotelaria hospitalar executa principalmente serviços de adequação de leitos e materiais, contradizendo as ideias de Boeger (2011, p. 34) que afirma que a hotelaria hospitalar vai além da aparência física, da arquitetura, do mobiliário [...], a hotelaria hospitalar também participa dos serviços de acolhimento, portanto, as ações de hospitalidade e humanização no momento da morte podem ser integradas ao setor de hotelaria hospitalar, sendo executadas pela equipe de hospitalidade.

Boeger (2011, p 41) confirma esta afirmação ao enfatizar que “os auxiliares de hospitalidade também entram em ação até mesmo quando acontece um óbito”. Durante esse momento é o auxiliar de hospitalidade que deve se direcionar aos familiares, passando todas as informações necessárias relacionadas aos procedimentos que devem ser realizados a partir de então.

Dessa forma, pode-se afirmar que os hospitais de São Luís podem, no momento da morte, ofertar melhor assistência aos pacientes e familiares, para tanto é preciso que o setor de hotelaria hospitalar participe das ações de hospitalidade e humanização no atendimento a esses clientes, pois o principal objetivo da implantação deste setor é proporcionar serviços hospitalares e humanizados, pois, estas ferramentas constituem a base do setor de hotelaria hospitalar.

Bellato e Carvalho (2005) mencionam a preocupação dos profissionais no ambiente hospitalar em esconder a ocorrência de morte, nesse sentido, como forma de dissimular a presença da morte, a equipe de saúde busca rapidamente fazer o preparo do corpo e o mantem o mais isolado e afastado possível das demais áreas do hospital. Nesse sentido, nos dois hospitais aqui analisados o local para onde o corpo do paciente é destinado fica em uma área afastada das outras áreas, e a maca de transporte do corpo é articulada para disfarçar que ali se encontra um paciente morto. Conforme a fala da C.P.H.A, no hospital A, a maca em que se transporta o corpo tem forma de urna para que não se perceba que dentro dela há um corpo, visando assim diminuir o impacto para quem possa ver esta mobilização.

Como serviços oferecidos no momento da morte, todas as entrevistadas citam o suporte ao luto, que está relacionado ao acolhimento e suporte emocional prestado à família no momento da morte do paciente, fazendo com que ela possa elaborar da melhor forma possível a perda de um parente. As primeiras ações desse suporte consistem em retirar a família do ambiente onde se encontra o corpo, mas se a família desejar permanecer no local o seu desejo será atendido. Os hospitais buscam sempre atender aos pedidos da família quando é possível, pois, “atender aos pedidos de cliente acaba por ser uma das mais importantes atuações da hospitalidade” (BOEGER, 2011, p. 41).

Kahtalian (2002, p. 20) afirma que os serviços geram valor para o cliente por meio de [...] uma experiência de serviço, para tanto, nos hospitais analisados, todos os serviços são pautados na hospitalidade e humanização, a C.P.H.A pontua que não há como prestar serviços hospitalares se não for com hospitalidade e

humanização, a G.E.H.B completa afirmando que a hospitalidade melhora a qualidade dos serviços. As entrevistadas apontam que, outra ferramenta que favorece a qualidade dos serviços e, até fideliza o cliente, segundo a C.P.H.A, é a hospitalidade com os *stakeholders* dos hospitais, reforçando o pensamento de Sousa e Almeida (2003) ao afirmar que o bom relacionamento estabelecido entre empresa e *stakeholder* é fundamental para a prestação de serviços de qualidade.

Assim, as afirmações das entrevistadas permitem entender que, nos hospitais aqui analisados, as relações de hospitalidade no momento da morte estão presentes principalmente no atendimento à família do paciente, propondo a ela o possível conforto emocional no momento da perda, a hospitalidade para com o morto consiste em toda assistência técnica dispensada ao corpo, por outro lado, não há nenhuma interação da hotelaria hospitalar com os serviços prestados no momento da morte, dessa forma, percebe-se a despreocupação dos hospitais em ofertar serviços com maior nível de qualidade e hospitalidade no momento da morte.

Diante do exposto, é possível afirmar que os hospitais de São Luís aqui analisados, precisam preocupar-se ainda mais com o momento da morte. As ações de hospitalidade e humanização devem integrar os serviços oferecidos nesse momento, pois estas devem permear o atendimento ao cliente de saúde durante todo o seu período de permanência no hospital, ainda que seja em situação de morte.

Dessa forma, pode-se afirmar que as relações de hospitalidade com os *stakeholders* influenciam a qualidade da prestação de serviços, o que acaba por contribuir com a satisfação dos pacientes e familiares, contribuindo para que estes clientes de saúde façam uma boa avaliação do serviço prestado e do próprio hospital.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação de hospitalidade e a gestão de *stakeholders* nos hospitais acabam por ser um tema complexo de ser estudado, sobretudo, quando for relacionado ao momento da morte, porque esse momento está relacionado aos cuidados direcionado ao corpo do paciente morto e à família que se encontra em situação de vulnerabilidade emocional.

A presente pesquisa foi motivada pela problematização que consiste em analisar de que forma as possíveis relações de hospitalidade com os *stakeholders* relacionados ao momento da morte influenciam na prestação de serviços de hospitais privados, dessa forma, observou-se, por meio das entrevistas, que a relação entre os colaboradores do setor responsável pelo momento da morte e os *stakeholders* é pautada na hospitalidade, o que influencia a boa qualidade dos serviços prestados. Porém, a percepção dos hospitais entrevistados, quanto às relações de hospitalidade quando há ocorrência de óbito, ainda é limitada, não havendo uma preocupação em trabalhar de uma melhor forma possível a prestação de serviços nesse momento.

Por meio das análises desenvolvidas nesta pesquisa, observou-se ainda que não há definição do setor que atua no momento da morte, pois em cada hospital há uma diferença do setor envolvido, não havendo sequer a participação do setor de hotelaria hospitalar. De acordo com as temáticas discutidas nessa pesquisa, as ações desenvolvidas nesse momento devem estar ligadas a hotelaria hospitalar, sendo aplicadas pelos colaboradores de hospitalidade, pois esta ação constitui um dos principais objetivos da hotelaria hospitalar, que é inserir a hospitalidade e humanização nos hospitais, visando oferecer serviços de qualidade, o que gera conforto e bem-estar aos clientes de saúde.

Dessa forma, percebe-se que os hospitais privados de São Luís, analisados neste estudo, não trabalham de forma eficaz o momento da morte, sendo assim, estes hospitais não desenvolvem estratégias suficientes para a melhoria da qualidade na prestação de serviços durante esse momento. Portanto, se faz necessário que haja maior preocupação em prestar serviços de qualidade e pautados na hospitalidade e humanização no momento da morte de pacientes nos hospitais.

Contudo, a pesquisa apresenta como limitação a dificuldade para ter acesso aos hospitais para realizar as entrevistas, pois quando o assunto é o momento da morte, percebe-se um desconforto por parte dos hospitais em ter que falar sobre as ações desenvolvidas para esse momento. Por conta dessa dificuldade foram entrevistados somente dois hospitais privados da cidade de São Luís, não permitindo analisar a percepção de colabores dos demais hospitais para que fosse possível obter uma análise mais abrangente sobre o assunto. Outra limitação foi o fato de ter sido ouvido apenas o setor que trabalha os aspectos relacionados ao momento da morte, não foi ouvido os seus *stakeholders* para que fosse possível conhecer sua percepção a respeito dos serviços prestados durante esse momento.

Outra limitação da pesquisa foi a dificuldade para obter informações e dados dos hospitais aqui estudados, pois são poucas as opções de fontes para busca destas informações. Destaca-se que o hospital B não conta com um *site* que disponibilize dados sobre o respectivo hospital. Essas informações são importantes para que se possa apresentar a descrição dos locais pesquisados, portanto, os dados contidos na descrição do hospital B são poucos e estão limitados apenas às informações disponibilizadas pela colaboradora entrevistada do hospital.

Por meio das entrevistas com as colaboradoras do setor responsável pelo momento da morte, nos hospitais privados da cidade de São Luís, foi possível atingir o objetivo geral estabelecido nessa pesquisa que consistiu em analisar de que forma as possíveis relações de hospitalidade com os *stakeholders* relacionados ao momento da morte influenciam na prestação de serviços de hospitais privados. Bem como os objetivos específicos que consistem em: analisar a percepção de hospitalidade dos responsáveis pelo momento da morte em hospitais privados; identificar os serviços oferecidos no momento da morte pelos hospitais privados; e identificar os principais *stakeholders* que influenciam no momento da morte em hospitais privados.

Nesse sentido, observou-se que as relações de hospitalidade com os *stakeholders* influenciam na boa qualidade dos serviços prestados no momento da morte. Verificou-se ainda, que as entrevistadas apresentam concepções semelhantes ao conceito de hospitalidade, sendo esta entendida por elas como o ato de receber, acolher e atender bem as pessoas. Destacam-se também os principais serviços oferecidos, suporte ao luto, comunicação de má notícia e como *stakeholders* identificou-se os colaboradores e a família dos pacientes.

Dessa forma, destaca-se que as colaboradoras entrevistadas compreendem a hospitalidade como um fator importante nas relações para com seus *stakeholders*. E, reconhecem ainda, a hospitalidade como ferramenta fundamental para a prestação de serviços influenciando na sua qualidade e consequentemente na boa avaliação dos clientes de saúde sobre o hospital.

Nesse contexto, acredita-se que a presente pesquisa se torna mais uma ferramenta que tende a contribuir para o desenvolvimento de melhores ações a ser trabalhado no momento da morte nos hospitais, o que acaba influenciando para a melhoria da prestação de serviços relacionados ao momento da morte, pois se percebe que ainda não há uma preocupação clara em ofertar serviços de qualidade nesse momento, mas de acordo com as questões levantadas nessa pesquisa, fica claro que serviços de qualidade pautados na hospitalidade e humanização deve fazer parte da política de atendimento de todos os hospitais e devem ser praticados até mesmo no momento da morte.

Diante do exposto, propõem-se a realização de futuros estudos relacionados às relações de hospitalidade no momento da morte. Espera-se que os próximos estudos relacionados a essa temática possam ser direcionados aos hospitais públicos e privados, e seja feita uma possível análise comparativa entre esses dois modelos de gestão. Sugere-se também que os futuros estudos possam ouvir os *stakeholders* dos hospitais para que suas respostas sejam confrontadas com os profissionais que forem ouvidos em cada hospital estudado.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.C.S. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morte. **Revista do grupo de estudo família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba; v. 7, n. 2, p. 171-180, maio/ago. 2005

ALMEIDA, M.N.B.C. **Hotelaria hospitalar: cultura e hospitalidade no atendimento**. Brasília, 2009.

APOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: Filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BACKES, D.S; LUNARDI, V.L; FILHO, W.D.L. A humanização hospitalar como expressão e ética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, p. 132-135, jan./fev. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BELLATO, R; CARVALHO, E.C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p 99-104. Jan./fev. 2005.

BEZERRA, S.R.Z.S. Apontamentos sobre hospitalidade, turismo e modernidade. **Revista Cesumar**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 335-345, jul./ dez. 2007.

BOEGER, M.A. **Gestão em Hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2008.

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

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

BORGES, M.S; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 324-331. Mar./abr. 2012.

CAETANO, A; et. al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 325-330. 2007.

CAMARGO, L.O.L. **Hospitalidade**. São Paulo: Aleph, 2004.

_____. A pesquisa em hospitalidade. **Revista Hospitalidade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 15-51. Jul./dez. 2008.

_____. Os interstícios da hospitalidade. **Revista Hospitalidade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 42-69. Mai. 2015.

CAMPOS, S.F. Os cinco sentidos da hospitalidade. Observatório de Inovação do Turismo - **Revista Acadêmica**, Minas Gerais, v. 3, n. 1. Mar. 2008.

COSTA, J.C; LIMA, R.A.G. **Luto da equipe**: revelações dos profissionais da saúde sobre o cuidado no processo de morte/morrer. São Paulo, 2005.

COMBINATO, D.S; QUEIROZ, M.S. **Morte**: uma visão psicossocial. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2006.

CHURCHILL, G.A. **Marketing**: criando valor para os clientes. São Paulo: Saraiva, 2000.

DALPIAZ, R.C.C. et. al. **A hospitalidade no turismo**: o bem receber. Caxias do Sul, Rio grande do Sul, 2012.

DIAS, C. M. **Hospitalidade, Reflexões e Perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002.

DIAS, M.A.A. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 30, n. 2, p. 340-343. Abr./jun. 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio Século XXI Escolar**: o minidicionário da língua portuguesa. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

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

FREEMAN, R. E. **Strategic management**. Massachusetts: Pitman Books Limited, 1984.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GIL, O.F.C. **Hotelaria hospitalar como ferramenta de gestão e cuidado**. 2015. Rio de Janeiro, 2015.

GODOI, A. F. **Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento em Hospitais**. São Paulo: Ícone Editora, 2004.

_____. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GODOY, A.S. et al. **Gestão do fator humano**: uma visão baseada nos stakeholders. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

GONÇALVES, I.C.O; FERREIRA, L.V.F. 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.

GOTMAN, A. **Le sens de l'hospitalité**: essaisurlesfondements sociaux de l'accueil de l'autre. V. 1. Paris: Presses Universitaires de Frances, 2001.

GIANESI, I.G.N; CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços**. São Paulo: atlas, 1995.

GRINOVER, L. **A hospitalidade urbana**: acessibilidade, legitimidade e identidade. Revista Hospitalidade. São Paulo, v. 3, n. 2, p. 29-50. Dez. 2006.

KAHTALIAN, M. **Marketing de Serviços**. 2002. Disponível em: <http://www.sfrancisco.edu.br/colecao_gestao.asp#3>. Acesso em: 30 de Julho de 2018 às 10h48.

KOTLER, P. KELLER, K.L. **Administração de Marketing**. 12 ed. São Paulo, Pearson Prentice Hall, 2006.

KOVÁCS, M.J. (coord.) **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUBLER-ROSS, E. **Morte**: estágio final da evolução. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

LASHLEY, C; MORRISON, A. (orgs.). **Em busca da hospitalidade**: perspectivas de um mundo globalizado. São Paulo: Manole, 2004.

LAS CASAS, A.L. **Marketing de serviços**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006

LOVELOCK, C. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e resultados. 5 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

MAINARDES, E.W; ALVES, E; RAPOSO, M; DOMINGUES, M.J.C.S. **Um novo modelo de classificação de stakeholders**. In: V Encontro de Estudos em Estratégias. Porto Alegre- RS. Mai. 2011.

MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, F.A. **Relevância e influência dos stakeholders dos hospitais filantrópicos e religiosos**. Revista de Economia. São Paulo, v. 1, n 1, p, 5-16. Abr. 2014.

MOTA, M.S. et. al. Relações e sentimentos dos profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 32, n. 1, p. 129-135. Mar. 2011.

OLIVEIRA, C. et. al. A hotelaria hospitalar como 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.

OLIVEIRA, B.S; COLLET, N; SILVEIRA; C.V. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 14, n 2, p. 277-284, mar./abr. 2006

OTTERO, J.S. **As relações de hospitalidade na prestação de serviços de mobilidade corporativa**: estudo de casos múltiplos com o uso da teoria de stakeholders. São Paulo-SP, 2017.

PEREZIM, I.M.A. **Hospitalidade e Morte**: análise da produção científica sobre dissertações e teses (1988-2012). São Paulo-SP, 2015.

PINOCHET, L.H.C; GALVÃO, C.R. **Aspectos humanos na gestão hospitalar**: O mundo da Saúde, São Paulo, p. 498-507. Set. 2010.

QUADROS, A.H. A hospitalidade e o diferencial competitivo das empresas prestadoras de serviços. **Revista Hospitalidade**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 43-57. Jun. 2011.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009.

RIBEIRO, J.A. **Hospitalidade em serviços de saúde estudo de casos múltiplos**: hospital geral do Grajaú, AME Interlagos e hospital maternidade Interlagos. São Paulo-SP, 2013.

ROCHA, T; GOLDSCHMIDT, A. (coord.). **Gestão dos stakeholders**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SPINDOLA, T; MACEDO, M.C.S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-1017. Abr./jun. 1994.

SPILLER, E.S. **Gestão de serviços e marketing interno**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

SILVA, C.C.B. **As relações entre hospitalidade, diretrizes organizacionais e atendimento ao hóspede na hotelaria**: um estudo com modelagem de equações estruturais. São Paulo-SP, 2016.

SILVA, G.O. **Administração de serviços**. São Paulo: Atlas 2011.

SOUSA, A.F; ALMEIDA, R.J. Planejamento e controle financeiro na perspectiva da teoria dos *stakeholders*. **Revista administração**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 144-152. Jun. 2003.

SOUZA, J.T; MASCARENHAS, R.G.T. A qualidade percebida pelo paciente através dos serviços da hotelaria hospitalar: um estudo sobre a hospitalidade na saúde. **Revista Turismo e sociedade**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 419-445. Set./dez. 2015.

SOUZA, G.G. **HOTELARIA HOSPITALAR: conceitos da hotelaria adaptados ao setor hospitalar.** Minas Gerais, 2006.

TARABOULSI, F.A. **Administração de hotelaria hospitalar.** 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

_____. **Administração de Hotelaria Hospitalar.** 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

VIERA, E.V. **Qualidade em serviços hoteleiros: a satisfação do cliente é função de todos.** Caxias do Sul-RS: Educs, 2004.

WALDOW, V.R; BORGES, R.F. **Cuidar e humanizar: relações e significados.** Revista Enfermagem, v.24, n. 3, p. 414-418. Jan. 2011.

YATSU, L.M. **A relação da hospitalidade com a competitividade dos serviços sob a lente dos stakeholders.** São Paulo-SP, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Política Nacional de Humanização. Disponível em: <<https://ms.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizassus>>. Acesso em 22 de agosto de 2018 às 10h40.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Autorização para realização das entrevistas

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

O objeto de estudo da presente pesquisa são as relações de hospitalidade e a gestão de *stakeholders* no momento da morte nos hospitais ludovicenses.

Quanto ao objetivo da pesquisa, pretende-se: analisar a gestão de *stakeholders* e as relações de hospitalidade estabelecidas no momento da morte em hospitais ludovicenses.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às relações de hospitalidade, práticas de humanização e gestão de *stakeholders* na prestação de serviços no momento da morte.

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 dar andamento ao projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos a seguir, 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 e 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 mencionados sejam citados no trabalho.**

Ciente: _____ Data: ____ / ____ / ____.

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

Agradeço e subscrevo-me.

Atenciosamente,

Ana Karoline da Silva Muniz

Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

Celular: (98) 98421-5926

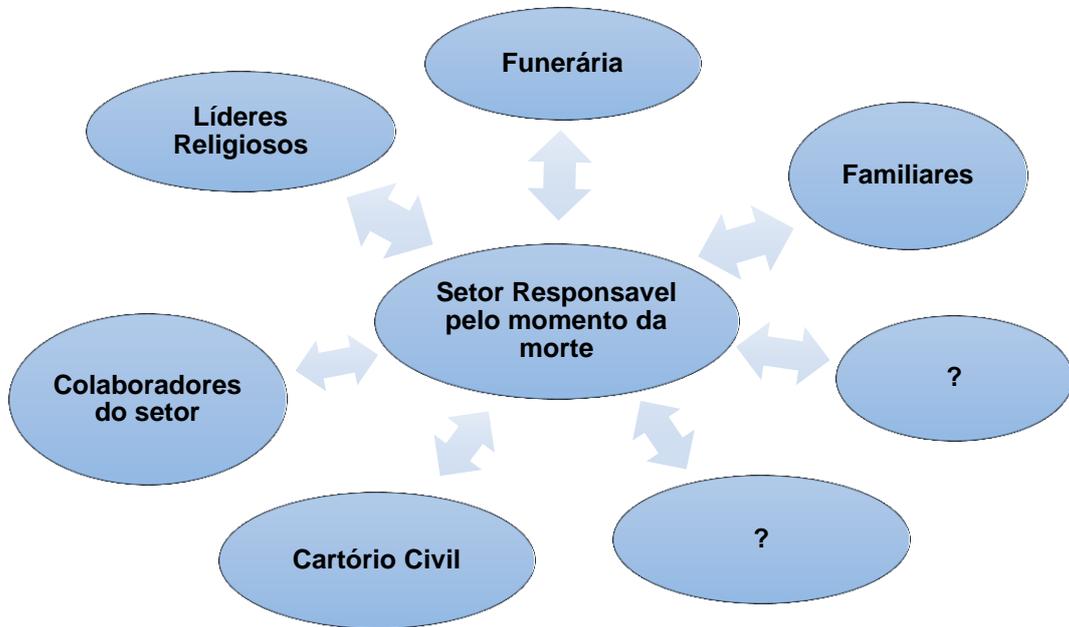
APÊNDICE B - Categorização

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DESCRIÇÃO
Identificação do entrevistado	Cargo e formação	Cargo que ocupa atualmente e formação do entrevistado
	Tempo de trabalho e cargos exercidos anteriormente	Tempo de trabalho na organização e cargos que o entrevistado exerceu anteriormente
Informações sobre o hospital	Ano de criação	Ano de criação do hospital
	Número de colaboradores	Número total de colaboradores envolvidos no setor responsável pelo acolhimento no momento da morte no hospital – um possível desenho do organograma do setor
Hospitalidade e Humanização	Conceito de hospitalidade e Humanização	Apresentar o conceito de hospitalidade e humanização ao entrevistado
	Compreensão de Hospitalidade e Humanização	De que forma a hospitalidade e a humanização é compreendida pelo entrevistado
	Existência da relação de hospitalidade e Humanização	Identificar as relações de hospitalidade e a existência de humanização no setor responsável pela acolhida no momento da morte
	Papel de anfitrião ou hóspede	Identificar de que forma o setor responsável pela acolhida no momento da morte assume o papel de anfitrião e hóspede
Serviços	Prestação de serviços no momento da morte	Identificar os principais serviços prestados no momento da morte
	Prestação de serviços e Relações de hospitalidade	Identificar as relações de hospitalidade e humanização na prestação desses serviços
Stakeholders	Apresentação do conceito de <i>stakeholders</i> e identificação dos mesmos	Apresentar o conceito de <i>stakeholders</i> e identificar quem são os <i>stakeholders</i> que influenciam na prestação de serviços no momento da morte no hospital
	Sugestão de mapa de <i>Stakeholders</i>	Criar o mapa de <i>stakeholders</i> a partir dos <i>stakeholders</i> identificados
	Relações de hospitalidade e os <i>stakeholders</i>	Identificar as relações de hospitalidade entre o hospital e os <i>stakeholders</i>
	Relações de Hospitalidade, Gestão de Stakeholders e prestação de Serviços	Verificar se as relações de hospitalidade estabelecidas com os <i>stakeholders</i> favorecem a prestação dos serviços

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista

Foi realizada a entrevista com os gestores responsáveis pelas atividades no momento da morte nos hospitais selecionados para o estudo da cidade de São Luís, Maranhão. Os nomes 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 a formação.
2. Informações do hospital: número de colaboradores que compõe o setor responsável pelo momento da morte. Fazer um possível desenho do organograma.
3. Apresentar o conceito de hospitalidade e identificar a compreensão do entrevistado a respeito da hospitalidade.
4. Apresentar o conceito de humanização e identificar a compreensão do entrevistado a respeito da humanização.
5. Identificar as práticas de humanização e hospitalidade exercidas pelo setor no momento da morte.
6. Identificar em qual momento o hospital assume o papel de anfitrião e de hóspede.
7. Solicitar ao entrevistado a relação dos serviços oferecidos no momento da morte do paciente até sua saída do hospital.
8. Questionar o entrevistado se há hospitalidade e humanização no momento da prestação dos serviços.
9. Apresentar o conceito de *stakeholders*, o mapa de *stakeholders* e convidá-lo a acrescentar ou substituir os *stakeholders*.
10. Identificar se há relação de hospitalidade com os *stakeholders* e se essa relação favorece a prestação dos serviços.

APÊNDICE D – Mapa de *stakeholders* usado nas entrevistas

APÊNDICE E – Autorização para realização das entrevistas

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

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

O objeto de estudo da presente pesquisa são as relações de hospitalidade e a gestão de *stakeholders* no momento da morte nos hospitais ludovicenses.

Quanto ao objetivo da pesquisa, pretende-se: analisar a gestão de *stakeholders* e as relações de hospitalidade estabelecidas no momento da morte em hospitais ludovicenses.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às relações de hospitalidade, práticas de humanização e gestão de *stakeholders* na prestação de serviços no momento da morte.

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 dar andamento ao projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos a seguir, 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 e 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 mencionados sejam citados no trabalho.**

Ciente: [REDACTED] Data: 09 / 10 / 18.

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

Agradeço e subscrevo-me.

Atenciosamente,

Ana Karoline da S. Muniz

Ana Karoline da Silva Muniz

Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

Celular: (98) 98421-5926

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

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

O objeto de estudo da presente pesquisa são as relações de hospitalidade e a gestão de *stakeholders* no momento da morte nos hospitais ludovicenses.

Quanto ao objetivo da pesquisa, pretende-se: analisar a gestão de *stakeholders* e as relações de hospitalidade estabelecidas no momento da morte em hospitais ludovicenses.

A entrevista, em média, terá duração de 40 minutos, pautada por assuntos referentes às relações de hospitalidade, práticas de humanização e gestão de *stakeholders* na prestação de serviços no momento da morte.

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 dar andamento ao projeto, peço que avalie a proposta, preencha um dos tópicos a seguir, assinie 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 e 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 mencionados sejam citados no trabalho.**

Ciente: [REDACTED] Data: 24/10/18.

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

Agradeço e subscrevo-me.

Atenciosamente,

Ana Karoline da S. Muniz

Ana Karoline da Silva Muniz

Acadêmica do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão

Celular: (98) 98421-5926

APÊNDICE F – Transcrição de entrevista

Transcrição de entrevista com a Psicóloga - Hospital A

Pesquisadora: Então, como você já viu, o meu TCC trata das relações de hospitalidade e a gestão de *stakeholders* no momento da morte nos hospitais ludovicenses. De início, eu vou querer algumas informações sobre o seu cargo, a sua formação. Então primeiramente eu pergunto, qual o cargo que você ocupa atualmente aqui no hospital?

Coordenadora Hospital A: Eu sou psicóloga, e no momento eu estou como coordenadora do serviço de psicologia, mas eu sou psicóloga da assistência, eu faço acompanhamento a pacientes.

Pesquisadora: O que seria esse acompanhamento a pacientes

Coordenadora Hospital A: atendimento psicológico aos pacientes no momento da internação, e assistência aos seus familiares até mesmo no momento da morte do paciente.

Pesquisadora: Qual é a sua formação?

Coordenadora Hospital A: A minha formação eu sou psicóloga de formação com especialidade em psicologia hospitalar e neuropsicologia e tenho atuação na psicologia hospitalar, psicologia clínica e na neuropsicologia, então eu estou dentro do hospital e dentro do consultório.

Pesquisadora: Você trabalha a quanto tempo aqui no hospital?

Coordenadora Hospital A: Eu trabalho a seis anos.

Pesquisadora: Tem outras experiências em outros hospitais?

Coordenadora Hospital A: Tenho experiências em hospital de São Paulo, foi onde eu fui pra fazer minha pós graduação e trabalhei. Fiquei quase dois anos lá.

Pesquisadora: Aqui dentro do hospital, já trabalhou em outro setor?

Coordenadora Hospital A: Eu já trabalhei praticamente em todos os setores da instituição, mas o meu local de trabalho efetivo ao longo da maioria desses anos é na UTI na unidade de terapia intensiva por ser o local onde tem mais óbito.

Pesquisadora: Agora você pode me informar o número total de colaboradores daqui do setor de psicologia?

Coordenadora Hospital A: Nós somos 15 psicólogos, aí tem mais uma coordenadora, dois administrativos e dois colaboradores do núcleo de humanização, então nós somos 15, 16, 17, 18, 19, 20 pessoas que ficam no serviço da psicologia.

Pesquisadora: Então vamos fazer um possível organograma do setor, são 15 psicólogos, né?

Coordenadora Hospital A: Sim, 15 psicólogos assistenciais.

Pesquisadora: E quem está acima desses psicólogos?

Coordenadora Hospital A: No momento sou eu.

Pesquisadora: Você que é a coordenadora?

Coordenadora Hospital A: Isso.

Pesquisadora: E acima de você tem alguém?

Coordenadora Hospital A: Tem uma gerente e acima da gerente tem uma diretora.

Pesquisadora: Agora nós vamos passar para a parte que mais nos interessa que tem mais relação com o TCC. A gente vai começar falando sobre hospitalidade e humanização. Eu vou começar apresentando o conceito de hospitalidade segundo Gotman (2001). O autor fala que a hospitalidade é um processo de agregação do outro à comunidade, é uma relação entre dois protagonistas, aquele que recebe e aquele que é recebido. Diante desse conceito, o que é que você entende por hospitalidade?

Coordenadora Hospital A: Pra mim a hospitalidade é a capacidade que alguém tem né? que o outro tem de acolher e de se relacionar com o outro de uma forma com que ele se sinta o mais acolhido e o bem star possível, então pra mim, sinônimo de hospitalidade né, o conceito de hospitalidade passa por um acolhimento que proporciona um bem estar.

Pesquisadora: E no caso da humanização, Boeger ele fala que a humanização é movida pelo que ofertamos, é a relação que as pessoas demonstram com estranhos. E sobre a humanização, qual o seu entendimento?

Coordenadora Hospital A: Bom, humanização pra mim é um conceito muito amplo, né? Ele é muito abrangente, pra realidade que a gente vive enquanto instituição hospitalar, humanização é a capacidade de é... olhar o outro, né? Com um olhar, parece redundante, mas humano no sentido de você ver o outro como alguém que tem a sua subjetividade, a sua particularidade e cuidar dele daquela forma, né? Então eu tenho alguém que tem as suas é, as suas características peculiares e que eu vou trata-lo da forma com que ele merece naquele contexto, eu não posso é... eu

não posso generalizar achar que todo mundo deve ser tratado de uma mesma forma. Vai ser em que sentido, nos princípios básicos de respeito, né? De, de acolhimento, mas no sentido de que eu tenho a minha particularidade eu vou ser cuidada a partir da minha particularidade, você tem a sua eu vou me adequar a partir da sua particularidade. Então a humanização é você cuidar do outro com um olhar humano respeitando-o enquanto indivíduo único.

Pesquisadora: Você poderia esclarecer a questão dessa particularidade?

Coordenadora Hospital A: Sim, é tratar as pessoas da mesma forma, mas a partir das necessidades de cada um, né? Você tem um... por exemplo, dentro de um ambiente hospitalar você tem uma necessidade e aí eu vou cuidar de você a partir da tua necessidade, o Danilo tem outra necessidade eu não posso cuidar dele como eu cuidei de você se a sua necessidade for diferente da dele, entende? Então é nesse sentido, a gente cuida com princípios básicos geral, respeito, né? É... atenção, responsabilidade isso é pra qualquer pessoa que eu vou cuidar, mas é eu tornar um atendimento único pra alguém respeitando o que ele é a partir de uma particularidade que ele tem.

Pesquisadora: Entendi. Nesse caso a hospitalidade, como é que acontece essa relação de hospitalidade aqui no setor no momento da morte do paciente?

Coordenadora Hospital A: Assim, eu posso te narrar como funciona todo processo de morte pra que tu possas entender?

Pesquisadora: Sim, pode ser.

Coordenadora Hospital A: Então vamos lá. É... um paciente apresenta um... uma parada cardiorrespiratória onde o coração deixa de bater e aí passa-se a fazer toda assistência técnica da equipe, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas fazendo assistência, paciente não volta, ou seja, o coração dele não volta a bater, ele morre. Então a primeira etapa nós somos comunicados deste óbito. Nós somos comunicados de diversas formas, muitas vezes nós já estamos no setor por exemplo, o maior índice de óbito do hospital é na UTI, então nós já estamos inseridos lá, então quando o paciente tem qualquer intercorrência nós já estamos próximos e, a nossa UTI permite com que o paciente fique acompanhado da família 24 horas, então muitas vezes o paciente passa mal na frente do familiar. Então quando começa o processo de intercorrência, nós da psicologia, imediatamente agimos pra retirar aquele familiar do leito já acolhendo e explicando o que que tá acontecendo de processo, então ele tá recebendo... Aconteceu isso, isso e isso seu

familiar apresentou uma parada cardiorrespiratória, a equipe tá prestando assistência a ele a gente nesse momento vai ficar com vocês, acolher passar todas as orientações e a gente da psicologia já começa a dar o suporte emocional, porque a família normalmente já entra em processo de crise então nós tiramos a sua família da beira do leito e levamos pra uma salinha específica. Se o óbito acontece aqui no andar, no apartamento é... normalmente o paciente morre na frente da família, então o apartamento já fica tomado de pessoas, a gente começa a fazer essa assistência de cuidado, de orientação e de acolhimento naquele processo, alguns que tiverem um desequilíbrio emocional maior a gente retira daquele ambiente pra gente torna-lo menos aversivo possível, né? Então a primeira parte da hospitalidade é no momento da intercorrência, a gente já faz o acolhimento com as devidas orientações pra retirar a família daquele lugar de crise até porque a equipe precisa agir, e as vezes a família num processo de descompensação pode acabar interferindo no processo, então a gente tira ele daquele ambiente de crise e começa a fazer, ofertar o suporte psicológico pra qualquer situação que venha acontecer que é o óbito, nós já sabemos, mas ele ainda não, aí o que é que a gente faz? Acionamos a equipe médica pra que a equipe médica vá até essa família pra comunicar o óbito, o comunicado do óbito é uma notícia médica, então o médico comunica a psicologia está em conjunto e aí começa o processo do suporte ao luto, dar orientações burocráticas, enquanto isso no leito está a equipe já começando o processo de higienização do corpo, então já começa a tirar os aparelhos, a gente pergunta pra família se a família tem o interesse de olhar o corpo ainda no local onde está, porque nós temos aqui em baixo um local chamado morgue que é pra onde a gente destina o corpo, então muitas vezes a família que ainda por exemplo, dentro da UTI ou ainda dentro do apartamento ficar ao lado do corpo, mas aí a gente tira toda aparelhagem deixa o paciente o mais, o menos invadido possível, né? a gente retira tudo daquilo, mas nós não manipulamos corpo né? Nós não mexemos, não abrimos nada, nós só tiramos os aparelhos, fazemos os tampões nos principais orifícios.

Pesquisadora: Vocês mesmo da psicologia que fazem esses procedimentos de retirar aparelhos, tampar orifícios?

Coordenadora Hospital A: Não. Quem faz isso é a equipe de enfermagem. Quem faz isso são os técnicos de enfermagem. Eles é que fazem a higienização do corpo e o tamponamento de todos os orifícios, uma vez que eles terminam eles nos comunicam da psicologia, corpo liberado, aí nos adentramos com a família naquele

leito pra elas fazerem o processo de despedida ou já encaminhamos o corpo lá pra baixo na recepção, desculpa, lá no morgue. E como é que esse corpo vai? Ele antes ((estalar de dedos)) uns anos atrás, ele iria coberto por um lençol, né? Dentro de um saco, mas não é saco, mas não é saco plástico, é um saco tipo TNT, coberto com um lençol em uma maca, então todo mundo sabia que estava indo um corpo, hoje não. Eu acho que eu não tenho nenhuma foto do, da maca em si, mas é uma maca diferente onde ela é uma urna, parece uma urna, uma caixa assim bem grande e que só tem conhecimento que aquilo é um óbito quem já sabe, quem já viveu ou quem é da instituição. Você que está passando você vai olhar uma maca passar você não vai imaginar que ali tem um corpo, então a gente também pensou nisso junto com a equipe da administração, da hotelaria pra gente diminuir o impacto do, do... de quem está vendo essa mobilização, esse movimento do corpo, então nós descemos até o morgue, aí já é o segurança com o técnico, o apoio que leva o corpo até lá embaixo e a família passa a ficar naquele lugar. A gente da psicologia fica até aí, né? Até a liberação do corpo, depois da liberação do corpo a família vai lá pro morgue aguardar o serviço de funerária. Então no processo de óbito em si, como funciona? Envolve, né? A equipe na assistência no comunicado do óbito, a gente da psicologia no suporte ao luto nas questões burocráticas, a equipe técnica fazendo a higienização do corpo, a equipe é... de apoio que desce com esse corpo junto com o segurança e depois disso entra a parte da equipe da limpeza pra fazer a higienização pra já liberação do leito e do apartamento “pra” outro paciente que tá precisando.

Pesquisadora: Entendi. Mas então, o setor de psicologia não tem nenhuma ligação com a hotelaria hospitalar?

Coordenadora Hospital A: Não. O nosso serviço não é ligado a hotelaria hospitalar. A hotelaria hospitalar tem o serviço próprio deles que fazem todo esse contexto de, de... adequação mesmo, de leitos, de materiais e tudo, mas em relação a este acolhimento de óbito em si a hotelaria hospitalar ela não participa, ela só participa no final no processo de higienização, dessas outras etapas, mas do processo do óbito em si não. A hotelaria ela não participa.

Pesquisadora: Entendi. E em todo esse processo onde a humanização está inserida?

Coordenadora Hospital A: Bom, a humanização ela tá dentro das nossas ações no sentido de, de... primeiro fazer a família participar do processo, isso é um ato

humanizado, porque a família conhece do que está acontecendo e se sente participativa do processo. Isso é humanizar, principalmente quando a família solicita esse desejo, aí entra aquele conceito que eu te disse, eu vou atendê-lo a partir de uma necessidade, você enquanto familiar me disse que não quer, que não quer ver, que não quer estar, eu vou respeitar e vou manter você longe daquilo, né? Vou ter outros tipos de conduta com você, então já aí já entra humanização. A outra coisa que entra humanização é o nosso cuidado com o corpo do outro, ali não tem mais uma vida, mas tem um corpo, um bem de alguém, então o processo de higienização, de tentar tirar, por exemplo se tiver ensanguentado deixar o mais, o menos é... é... como a que gente...? impactante possível, o uso do saco de TNT, o uso desta urna, desta maca urna pra impactar menos quem tá assistindo o processo, já que aquilo vai andar ou dentro da UTI, ou nos corredores do hospital. Isso é humanização, essa preocupação de você querer diminuir o impacto que é um óbito, é algo que é muito impactante, não só pra quem vive enquanto família, mas pra equipe, pros demais colaboradores que estão na instituição, pros demais pacientes que estão na instituição, então isso também é humanização e um acolhimento acima de tudo, né? Humanizar é acolher, é você poder cuidar do outro principalmente nessa situação de vulnerabilidade e de sofrimento que tá acontecendo.

Pesquisadora: Certo. A hospitalidade ela envolve dois protagonistas, o anfitrião que é aquele que recebe e o hóspede é aquele que é recebido. Então em que momento durante todos esses procedimentos você observa que o setor de psicologia ele se comporta como anfitrião ou hóspede?

Coordenadora Hospital A: A, a gente da psicologia se comporta como anfitrião, nós recebemos, nós sempre acolhemos, né? Então a nossa posição é sempre essa até porque no momento de óbito tem todo um envolvimento de, de... sofrimento atrelado a equipe, a família e normalmente somos nós da psicologia que fazemos todo esse elo, todo esse acolhimento e temos que manter todo um equilíbrio. Psíquico, estrutural mesmo da coisa pra que a coisa aconteça. Então nós da psicologia, nós normalmente somos os anfitriões, nós somos quem recebe, nós somos quem acolhe, nós somos quem conduzimos todo aquele contexto no óbito. Só não somos nós quando acontece a noite porque nós não estamos aqui, aí é a equipe da enfermagem que faz todo esse processo, existe uma diferença no fluxo do óbito do dia e do óbito da noite porque a noite não tem psicólogo na instituição.

Pesquisadora: Entendo. Então quer dizer que em nenhum momento o setor de psicologia se comporta como hóspede?

Coordenadora Hospital A: Não vejo, nessa situação do óbito não.

Pesquisadora: Tudo bem. Agora iremos falar sobre serviços. Eu só queria que você falasse pra mim os principais serviços que são prestados no momento da morte?

Coordenadora Hospital A: os principais serviços são, suporte ao luto, né? Comunicação de má notícia primeiro, você comunicar o que aconteceu, depois suporte ao luto, isso é um serviço, você dá um... você presta um suporte emocional, você dá uma orientação burocrática, né? Que isso normalmente é em parceria com o serviço social que é conduzir a parte de declaração de óbito, serviços funerários, muitas vezes a família tá completamente desorientada em relação a isso, é... é outro serviço que nós prestamos, é... da gente enquanto psicologia sim, são esses os principais.

Pesquisadora: Esse suporte ao luto, como é que seria?

Coordenadora Hospital A: O suporte ao luto é o momento em que nós damos o apoio emocional a família que perde alguém, né? Então nós acolhemos, nós é... fazemos uma psicoterapia breve, nós fazemos a família entrar em contato com aquele sofrimento pra começar o processo de elaboração, de entender o que está acontecendo pra aceitar pra daí começar a superar futuramente a perda deste familiar. Então suporte ao luto é no momento do sofrimento de desespero você está ao lado, né? Você dá o apoio emocional aquela família naquele momento de perda, que ali é o início do processo pra ajudar ele aí a elaborar essa perda aí que requer um tempo, né? Então começa aqui dentro do hospital pra da continuidade na vida lá fora.

Pesquisadora: Além desses serviços é oferecido algum tipo de serviço especial? Pra pacientes VIPs, por exemplo.

Coordenadora Hospital A: Assim, nós não temos nenhum tipo de diferenciação nesse sentido de ah, temos setor tal vai pra paciente tal, setor tal vai pra pacientes tal, acomodações tais pra VIPs, nós não temos acomodações VIPs não, mas nós temos por exemplo alguns tipos de... de pacientes que eles acabam sendo alocados em postos que são mais novos, que são, né? Que tem uma estrutura mais reforçada porque a gente está numa ampliação do hospital e tem alguns setores mais antigos que a estrutura é um pouco diferente, então tem determinados tipos de pacientes que eles são alocados em determinados setores devido a sua estrutura física, ou por

necessidade clínica, ou por necessidade de algum outro tipo de contato que foi feito, ou, por exemplo, as vezes temos políticos e tem uma questão restritiva de visitas, de alguma coisa então bota num lugar mais ah..., nós temos paciente que têm um risco emocional maior a gente não pode botar com janela pra não correr o risco dele ter qualquer comportamento. Então assim, nós não temos VIP no sentido de privilegiar, não, isso, entendeu? Nós não temos setores aqui que são ah... esta, este quarto aqui é feito pra receber só tal tipo de paciente não, a nossa estrutura ela é feita pra receber todos os nossos tipos de pacientes.

Pesquisadora: Então quer dizer que os serviços são os mesmos pra todos os pacientes?

Coordenadora Hospital A: Os mesmos. Se internar aqui o papa e se internar aqui o... uma pessoa humilde, mas que tenha convênio, eles vão ser tratados da mesma forma, vão ter direito as mesmas acomodações. A diferença que se trata só é quando é acomodação apartamento e enfermaria, a enfermaria são dois por quarto e no apartamento é só um, mas isso é uma questão de convênios de planos de saúde e não porque a gente escolheu um ser VIP e o outro não ser VIP.

Pesquisadora: Entendi. E nessa prestação de serviços, como está atrelada a hospitalidade e a humanização?

Coordenadora Hospital A: Na verdade todos os nossos serviços, toda a assistência que a gente presta ela é sempre pautada na questão da hospitalidade porque assim, a hospitalidade ela é o princípio básico de quem cuida da vida de alguém, da saúde de alguém, e a humanização também, então não tem como a gente não fazer nada se não for pensar em ser hospitaleiro e ser humano, então tudo que a gente faz dentro do serviço, especialmente da psicologia que é o que a gente atua é baseado na busca de se... de se acolher alguém e acolhe-lo da melhor forma possível.

Pesquisadora: Certo. Agora nós vamos passar pra uma outra parte que é a questão dos *stakeholders*.

Coordenadora Hospital A: *Uhum.*

Pesquisadora: o conceito de *stakeholder* segundo Freeman, ele fala que uma pessoa, grupo de pessoas ou empresas que podem afetar ou influenciar, ou serem afetados ou influenciados pelos resultados da organização, podendo ser acionistas, consumidores fornecedores, entre outros. Aqui eu fiz um desenho de um possível mapa de *stakeholders*, né? Com qual vocês poderiam se relacionar. Então de

acordo com esse mapa que você observa, nós temos aí os familiares a gente acredita que é importante nesse momento, que influencia, a funerária também, eu tive uma concepção de que ela também pode influenciar, os líderes religiosos, os colaboradores e o cartório na questão de documentação.

Coordenadora Hospital A: Uhum.

Pesquisadora: De acordo com esses *stakeholders* que você observa, você concorda com esse mapa, ou teria que tirar algum?

Coordenadora Hospital A: Na verdade assim, de fato nós podemos ter sim influencia disso, mas nós não trabalhamos com isso, por exemplo, normalmente a gente deixa a critério da família o buscar o serviço de funerária, mas se a família disser assim, nós não conhecemos serviço de funerária, vocês tem algum número pra indicar? Ai a equipe de serviço social tem e indica, mas normalmente nós não oferecemos nenhum tipo de serviço terceirizado, ah, nós temos tal serviço funerário aqui vocês não querem...? Não. Se a família não tiver e perguntar a gente pode orientar. Os líderes religiosos normalmente eles não estão presentes no momento do óbito em si, as vezes eles já fizeram visitas antes, ou quando estão com a família é algo muito pessoal, também não somos nós que trazemos, esses líderes que estão próximo aos familiares durante o processo normalmente são trazidos pelos familiares. É... o cartório civil nós sempre orientamos, né? Então, olha o cartório referente a esta região do hospital é o cartório X, esse cartório que é o que fica na Cohab, nos fins de semana é o plantão que fica no fórum, ou tal outro cartório. Isso a gente orienta, porque nem sempre a família sabe desse processo. Então assim, isso aqui de fato acontece, né? Nós, nós.... não temos essas ligações, mas, eles não são é... tirando o cartório que a gente sempre orienta, os demais eles só são orientados por nós, se formos questionados pela família se não, não cabe a nós nenhum tipo de indicação.

Pesquisadora: Mas, aí vocês não têm nenhuma relação com eles, no caso o cartório a funerária, os líderes religiosos?

Coordenadora Hospital A: Nenhuma, nós não temos relação, nós não temos relação, isso aí é a critério de cada um, cada um escolhe o que é que faz. Os nossos líderes religiosos que vem pra cá é pra outros tipos de projeto, não tem nenhuma ligação com o momento do óbito em si. Então nós não temos aqui, aconteceu um óbito então nós temos um líder pra indicar, aconteceu um óbito nós temos um

cartório nós temos parceria, nós não temos ligação com absolutamente nenhum serviço.

Pesquisadora: Certo. E você gostaria de acrescentar mais algum? Você algum outro *stakeholders* que influencia e poderia acrescentar?

Coordenadora Hospital A: Uhum. Acho que os principais são aqui mesmo, funerária, líder religioso, cartório, colabores do setor e familiar, é isso aqui mesmo. Pra gente que não... esse colaborador do setor envolve todo o processo, né? Quem dá assistência, quem faz a parte da liberação do corpo, quem faz o acompanhamento, envolve tudo isso? Então se envolver tudo isso aqui tá tudo ok, eu acho que é assim mesmo.

Pesquisadora: E no caso as relações de hospitalidade com esses *stakeholders* que influenciam as atividades, no caso os que o setor tem mais ligação?

Coordenadora Hospital A: Família e colaborador. Acontece naturalmente, a família já acontece desde o processo porque todas as famílias em que o paciente morre aqui dentro a gente já tem todo um vínculo, então essa relação de hospitalidade ela já é construída desde o dia que esse paciente chega até o dia que ele sai, seja por óbito, ou seja por alta, e então ela já acontece naturalmente ao longo de todo processo . o que as vezes pode acontecer, por exemplo, é que eu fui o psicólogo que... a psicóloga que acompanhou o paciente a internação toda, mas no dia do óbito não sou eu que "tô", quem tá é o Danilo que é o meu colega, a ação dele vai passar pela hospitalidade porque nós temos como premissas da nossa atuação agir da mesma forma, nós sabemos qual o protocolo que se deve agir dentro do processo de óbito como é que a gente tem que seguir o passo a passo então ela acontece com qualquer um dos quinze psicólogos que tiver na instituição no momento do óbito.

Pesquisadora: Você acredita que essas relações de hospitalidade elas favorecem a prestação dos serviços do setor?

Coordenadora Hospital A: Sim, claro. Eu acho que isso é fundamental. As relações hospitalidade ela é fundamental e eu acho que ela fideliza o cliente, né? Quanto mais hospitaleiro você é, quanto mais acolhedor você é, é... maior a chance do paciente voltar. Inclusive do familiar que perde um..., um, um paciente aqui, né? Você teve a experiência de perder alguém é traumático, é angustiante, é sofrido? Sim, mas a partir do momento que você se sentiu acolhido, que você se sentiu bem cuidado dentro da instituição se você precisar de qualquer outra é... cuidado de

saúde, você vai voltar pra lá, oh... lá eu fui bem atendido desde o dia que cheguei até o dia que eu perdi alguém. Então a... a relação de hospitalidade eu acho que ela é fundamental sim nesse processo.

Pesquisadora: Então nós finalizamos aqui. Eu agradeço.

Coordenadora Hospital A: Espero que eu tenha ajudado em responder alguma coisa.

Pesquisadora: Ajudou bastante, obrigada, obrigada por me receber.

Coordenadora Hospital A: Por nada, se precisar nós estamos aqui.

((Fim de transcrição))

Transcrição de entrevista com a Enfermeira - Hospital B

Pesquisadora: Então senhora, é... o meu TCC, como a senhora já observou ele trata das relações de hospitalidade e a gestão de *stakeholder* no momento da morte nos hospitais ludovicenses. De início eu vou querer algumas informações sobre o seu cargo, sua formação. É... você poderia me informar o cargo que você ocupa atualmente?

Gerente Hospital B: Eu sou gerente de enfermagem responsável pelo serviço de auditoria do hospital.

Pesquisadora: A senhora atua há quanto tempo aqui no hospital?

Gerente Hospital B: 15 anos.

Pesquisadora: Já exerceu outras funções? Outros cargos?

Gerente Hospital B: Aqui dentro do hospital já.

Pesquisadora: A senhora poderia me falar quais?

Gerente Hospital B: Eu já fui enfermeira do centro cirúrgico e enfermeira da UTI aqui.

Pesquisadora: Entendi.

Pesquisadora: Você poderia me passar algumas informações sobre o hospital? Tipo ano de criação do hospital, número de leitos.

Gerente Hospital B: Nós fizemos agora dia 26, 55 anos e nós temos 54 apartamentos e 14 leitos de UTI.

Pesquisadora: Sabe me informar a quantidade do corpo clínico? De colaboradores?

Gerente Hospital B: Funcionários 550.

Pesquisadora: E aqui no seu setor são quantos colaboradores?

Gerente Hospital B: No meu setor?

Pesquisadora: Isso

Gerente Hospital B: São quase 300. Eu tenho técnicos, enfermeiros, assistente de posto, faturamento tudo subordinado a mim.

Pesquisadora: Nesse caso a senhora é coordenadora

Gerente Hospital B: É

Pesquisadora: Vamos desenhar um possível organograma do setor.

Gerente Hospital B: Porque na verdade o nosso organograma ele não é assim. A gente usa o organograma circular aqui no hospital. Então dentro do nosso

organograma... aqui paciente é o centro, a gente tem diretoria administrativa e eu “tô” aqui tá! gerencia de enfermagem.

Pesquisadora: Certo. A senhora é a gerente de enfermagem...

Gerente Hospital B: Tem a diretoria.

Pesquisadora: Diretoria.

Gerente Hospital B: Diretoria médica e diretoria administrativa

Pesquisadora: Eu vou desenhar um possível organograma só do seu setor. Só aqui da gerência de enfermagem.

Gerente Hospital B: Tá. Diretoria médica que na verdade eles vão “tá” ((celular vibra)), em igual posição

Pesquisadora: Em igual posição.

Gerente Hospital B: É. Diretoria médica e diretoria administrativa, sim. ((celular vibra)). Em igual posição, acima de mim, mas em igual posição eles.

Pesquisadora: Entendi. Eles estão na mesma posição.

Gerente Hospital B: Na mesma posição.

Pesquisadora: Acima de você?

Gerente Hospital B: Exatamente.

Pesquisadora: É diretoria médica e...?

Gerente Hospital B: Diretoria administrativa. gerência de enfermagem, abaixo de mim tem todos os enfermeiros... todas as coordenações de setores Tem os coordenadores de enfermagem, têm os enfermeiros assistenciais, os técnicos de enfermagem, os assistentes de posto.

Pesquisadora: Agora a gente vai passar pra parte mais interessante do trabalho. A gente vai iniciar falando sobre a hospitalidade

Gerente Hospital B: Tá

Pesquisadora: Eu vou lhe apresentar o conceito de hospitalidade segundo Gotman. O autor afirma que a hospitalidade é um processo de agregação do outro à comunidade, é uma relação entre dois protagonistas, entre aquele que recebe e aquele que é recebido. Diante desse conceito, o que é que você entende sobre hospitalidade? Qual é o seu entendimento?

Gerente Hospital B: Sobre a forma de tratar. Aqui no nosso caso, fazendo uma analogia, né? Para o hospital, é a nossa forma de tratar, é a nossa forma de é... atender, é a nossa forma de... é a gente ter hospitalidade porque a gente vai “tá”

recebendo não só o paciente como a família dele, então é a nossa hospitalidade com ele, é nossa forma de tratar, respeitando que ele é um ser biopsicossocial, ele tem uma religião, ele tem uma família, ele tem as crenças e é nisso que eu entendo a hospitalidade no nosso caso.

Pesquisadora: A respeito da humanização. Boeger fala que a humanização é movida pelo que ofertamos, é a relação que as pessoas demonstram com estranhos. E pra você o que seria a humanização?

Gerente Hospital B: Aqui a gente trabalha com o programa nacional de humanização. Ele é um programa que vem desenhado pelo ministério da saúde que a gente adequar a nossa assistência baseada nesse programa nacional de humanização, então a gente vai buscar também junto com a hospitalidade atender o paciente pensando nele como um ser biopsicossocial, não é tratar a doença, mas sim a pessoa. No caso aqui do hospital é nisso que a gente trabalha a questão da humanização, é respeitar a questão da crença, é respeitar a questão da raça, é respeitar a questão dos costumes. Então, eu tenho um paciente aqui que já me solicitou rede, que só dormia em rede, então a gente conseguiu colocar um armador de rede “num” apartamento aqui porque a pessoa não conseguia dormir em cama. Então são essas adequações que eu acredito que a gente trabalha a questão da humanização. Eu já tive paciente que foi é... diagnosticado com uma doença, entrou com cuidados paliativos e a família solicitou que não queria que ele descesse no saco que ele não queria que ele descesse no lençol que queria já que ele descesse vestido com a roupa que ele havia escolhido e assim foi feito. Então acho que atender essas particularidades que faz parte da humanização.

Pesquisadora: Então quais são as relações de hospitalidade que são praticadas com os pacientes e os familiares no momento da morte?

Gerente Hospital B: Olha o que a gente tem... uma das medidas que a gente tem pensando essa questão da humanização, que hoje a gente até “tava” conversando, a gente não dá nenhuma notícia de morte por telefone, tá? Então a gente sempre busca um local confortável, um local que seja... principalmente se o paciente está dentro da UTI, porque se o paciente “tá” no quarto a família acompanhou o momento de óbito, mas se o paciente “tá” na UTI muita das vezes não acompanhou, então ele muita das vezes nem está presente no hospital, então a gente liga pede que a família venha, eles vão pra uma sala de reuniões que tem dentro da UTI, é chamado um médico, enfermeiro, psicólogo pra conversar com essa família pra passar as

informações pertinente ao óbito. Outra coisa que a gente fez é que hoje todo paciente que interna a gente já pede a cópia da identidade pra vim no prontuário, porque as vezes a gente ligava pra pessoa e aí não vou... não é pra falar que está morto, mas também a gente tinha que pedir pra trazer o documento de identidade porque não “tava” aqui então a pessoa já vinha mesmo sem saber da notícia, mas já vinha sabendo porque a gente tinha pedido o documento de identificação, então acabava que não era eficaz. Então por isso a gente já pede no ato da internação a cópia do documento porque se houver a necessidade a gente tem a cópia do documento do paciente.

Pesquisadora: Então pra você isso são relações de hospitalidade?

Gerente Hospital B: É. E aí também a questão do paciente só descer depois que chegar um familiar. Então a gente jamais desce um paciente que evoluiu a óbito sem que a família esteja presente. Porque as vezes tem algum momento de oração que são feitos, algum momento é... quando a gente ver que é um paciente que já “tá” evoluindo a óbito que a família já está ciente, por exemplo, se ele “tá” na UTI e a família não “tá” lá o tempo inteiro a gente libera o maior número possível de acompanhantes pra poder entrar porque as vezes tem aquele filho que quer se despedir, aquele neto, então essas coisas assim a gente já busca fazer

Pesquisadora: E quando o paciente morre ele é deslocado pra onde?

Gerente Hospital B: Nós temos lá embaixo um morgue que eles descem é... mas assim é uma estrutura simples, mas é uma estrutura que tem é... as pedras de granito que eles ficam lá aguardando... a gente não tem um serviço de funerária, então eles ficam aguardando um serviço que funerária que vem, então a gente não faz o velório, né? Nós não temos esse... esse momento aqui, a família desce com o corpo e fica aguardando o serviço funerário pra vim buscar.

Pesquisadora: Como é que esse corpo vai, é em uma maca?

Gerente Hospital B: É. Uma maca

Pesquisadora: Vai coberto?

Gerente Hospital B: Vai coberto. Vai coberto com um lençol, a gente tem é... que se chama... na linguagem, na nossa linguagem é um saco de óbito descartável, mas que quando a família opta que não desça, como eu já falei, a gente não faz também, né? A gente só bota o lençol encima, se a família decide que já quer descer com corpo já vestido também já se faz, né? Então depende muito. Existe a rotina do

descer nessa parte, as outras coisas tudo são muito maleáveis pra que a gente possa atender também os pedidos da família.

Pesquisadora: Entendido. E a humanização, como é que você vê a humanização nesse processo?

Gerente Hospital B: É. O que eu vejo mais que a gente consegue fazer mais próximo da humanização nesse processo é o acompanhamento nesse processo de luto com o serviço de psicologia, né? Então a psicóloga ela tem um preparo melhor pra atender esse momento de luto, pra compreender alguns momentos, porque que as pessoas reagem de forma diferente, então mesmo sendo aquele paciente que evoluiu a óbito depois de um... de um... já “tá” no acompanhamento com cuidado paliativo a gente sabe que tem familiares que veem o luto de maneira diferente, né? Então acho que é isso que a gente tenta trabalhar dentro da humanização.

Pesquisadora: Entendi. Eu sou aluna de hotelaria. O hospital ele não tem ainda o setor de hotelaria, certo?

Gerente Hospital B: É. Por isso que a nossa gestora buscou é... conversar com vocês da UFMA justamente pra trabalhar isso, porque ela trabalha... ela está montando o serviço de hotelaria aqui, então por isso ela “tá” buscando essa parceria com vocês lá na UFMA.

Pesquisadora: Certo. Aí no caso nesse momento do óbito. Da morte do paciente, quais são os setores que estão envolvidos?

Gerente Hospital B: Enfermagem, psicologia, condutores de pacientes, serviço de limpeza pra poder limpar lá o local, mas são esses os serviços.

Pesquisadora: Quem é que dá a notícia pra família?

Gerente Hospital B: Médico ou enfermeiro. Mas sempre o médico, né? Junto com o enfermeiro e o psicólogo dependendo do horário, porque se for a noite não tem psicólogo aqui.

Pesquisadora: Existe a prática de hospitalidade e humanização com os colaboradores do setor?

Gerente Hospital B: Como assim? Não entendi

Pesquisadora: Vou explicar. Vocês atendem o paciente e a família de forma hospitaleira, de forma humanizada. E com os colaboradores há essa preocupação também?

Gerente Hospital B: Sim. Sim. Tanto que a gente sempre tá fazendo todas as... tudo que a gente pode fazer pra motivação... Então foi o aniversário do hospital,

então vamos... como que a gente vai trabalhar o aniversário do hospital? A gente fez uma missa, fez sorteio pros funcionários... Sorteou inclusive consultas, exames, algumas coisas assim pra eles, é fez avaliação com a nutricionista pra todos que “tavam” aqui, teve a questão da vacinação. Então a gente sempre busca. Agora a gente “tá” trabalhando o outubro rosa, novembro azul, no outubro rosa a gente sorteou uma mamografias fez uma palestra de conscientização. No outubro... no novembro azul vai ter um jogo de futebol, vai ter... a programação vai ser um jogo de futebol, algumas consultas com o urologista, porque é pro homem e vai ter uma, vai ter uma... mobilização também com palestras, com alguma coisa assim e sempre buscando essa parte também.

Pesquisadora: Entendido. A hospitalidade ela acontece entre dois protagonistas que é aquele que recebe que é chamado de anfitrião e o que é recebido, que é o hóspede. Então em que momento você observa o setor, esse setor que você atua, em que momento ele se comporta como hóspede ou como anfitrião? Em que momento ele recebe e em que momento ele é recebido?

Gerente Hospital B: Por exemplo, como hóspede quando o serviço de enfermagem tá usando o refeitório do hospital, por exemplo, ah, vai ter... tá no horário da alimentação, no horário do almoço “pros” que almoçam aqui então nesse momento ele é o hóspede no serviço de nutrição, o serviço de enfermagem que é o que eu respondo, é... e ele, ele é o anfitrião no momento que ele tá atendendo ao paciente.

Pesquisadora: Você consegue me relatar outras situações nesse sentido de anfitrião e hóspede?

Gerente Hospital B: É... Não só observo isso mesmo.

Pesquisadora: Então vamos falar dos serviços. Eu queria que a senhora me relatasse os principais serviços que são prestados no momento da morte.

Gerente Hospital B: Acho que eu já falei no começo, né? Então assim, a gente faz o acolhimento com a família com o serviço de psicologia, a gente faz é... todo o... o serviço de enfermagem faz todo o recolhimento dos exames, os exames de laboratório, exames de imagem, é... produtos de higiene pessoal recolhe tudo, identifica tudo, protocola tudo, entrega pra família. O serviço de enfermagem também faz toda retirada de drenos, tubos dos pacientes, fixações, qualquer coisa que seja considerado dispensável no momento do óbito, então ah tem que tirar um cateter, tem que tirar uma sonda, tem que tirar um tubo oro traqueal a gente faz esses cuidados que é o que a gente chama de cuidados pós morte. Então todos

esses cuidados pós morte os tamponamentos já faz aqui, e... se houver necessidade de vestimentas, as vezes precisa até fazer uma higienização no paciente porque a gente sabe que com a morte as vezes acontece o relaxamento e as vezes a ampola retal tá cheia e o paciente acaba se evacuando, então todo esse trabalho a gente faz durante esse atendimento dos cuidados pós morte.

Pesquisadora: E os serviços com a família?

Gerente Hospital B: Com a família, como eu já tinha falado pra você, quem atua mais nesse processo de luto é o serviço de psicologia, que a gente tem a psicóloga aqui fora nos postos e a gente tem a psicóloga dentro da UTI. As vezes o que a gente faz se a noite, no final de semana, no horário que não tem a psicóloga, tanto a enfermeira, quanto o médico sentam, conversam e tentam da melhor maneira possível trabalhar esse momento do óbito, mas a gente sabe que não é a mesma dinâmica de trabalho que uma psicóloga, mas a gente tem o serviço de psicologia que trabalha.

Pesquisadora: Você poderia me informar como é que funciona. Quando o paciente morre eles procuram retirar o paciente daquele ambiente, levar pra um local reservado pra conversar, como é que acontece?

Gerente Hospital B: É. Quando é dentro da UTI, porque quando é dentro do posto, a gente tem muitos pacientes que evoluem a óbito já em cuidados paliativos, então a família já vem sendo trabalhada pelo serviço de psicologia, pela equipe médica, a gente tem uma médica que trabalha o cuidado paliativo aqui dentro, então ela vem respondendo parecer, então ela já vai trabalhando o luto dessa família antes da ocorrência do óbito. Então já vem trabalhando, então a gente tem óbito s dentro dos apartamentos de uma maneira muito tranquila, porque eles já sabem que não tem mais indicação clínica para a UTI, então alguns inclusive levam os pacientes de alta pra casa pra que esse momento do óbito ocorra em casa e eles só vem ao hospital pegar a declaração de óbito quando o paciente evolui a óbito. Então o médico assistente da alta pro paciente e eles retornam só pra que seja preenchido a declaração de óbito. Então assim essa questão do óbito aqui pra gente com a gente trabalha com muito paciente idoso acaba sendo mais tranquilo nesse sentido, só que lógico que a gente tem famílias de pacientes que evoluem a óbito por gravidade, tipo, ah entrou com uma obstrução intestinal e aí evoluiu de uma maneira ruim porque era idoso e tudo, então por isso a gente tem alguns óbitos em que a família

não tem... não consegue fazer esse preparo do luto que aí é diferente, né? O sofrimento é diferente.

Pesquisadora: E como está atrelada a hospitalidade e humanização nesses serviços?

Gerente Hospital B: Acho que é nessa maneira que eu “tô” te falando, né? Que eu acho que a gente já falou bastante.

Pesquisadora: Então vamos falar sobre *stakeholder*. Você já ouviu falar de *stakeholder*?

Gerente Hospital B: Não.

Pesquisadora: Eu vou lhe apresentar o conceito. *Stakeholder* é uma pessoa, grupo de pessoas ou empresas que podem afetar ou influenciar, ou serem afetados ou influenciados pelos resultados da organização, podendo ser acionistas, consumidores fornecedores, entre outros ((telefone toca)), então eu fiz um desenho com os possíveis *stakeholders* do setor, do setor onde você atua ((telefone toca)), onde você pode ter alguma influência com esses *stakeholders*. Eu queria saber se você concorda com esses.

Gerente Hospital B: Assim na verdade dentro desse mapa aqui em relação ao momento da morte a gente não tem contato com funerárias, com líderes religiosos e nem com cartórios nenhum, então a gente não tem essa indicação de onde vai registrar, qual é a funerária que vai atender. Então a gente não tem, não tem indicação pra nenhum tipo de serviços desses. A gente tem colaboradores do setor que atendem no momento do óbito e a gente tem a família, mas funerária, líder religioso e cartório a gente não indica e a gente não interfere em nada disso. É... as vezes a família pede ah, por favor me indica uma funerária porque a gente não é daqui, não conhece ninguém a gente encaminha pra recepção, a recepção busca lá as funerárias disponíveis e informa, mas a gente não tem essa relação e nem de cartório, ah qual é o cartório mais próximo daqui? Às vezes é uma família que não é de São Luís então a gente manda pra recepção pra recepção buscar o cartório mais próximo e tentar orientar.

Pesquisadora: Certo. Mas aí se a família quiser trazer um líder religioso pode entrar normalmente?

Gerente Hospital B: Pode. Pode. E eles entram e eles é... a gente outro dia teve uma igreja que eles distribuíram umas bíblias pequenas assim que... eu esqueci o nome, é... não mas eu esqueci o nome da igreja que veio e eles passaram foram em

todos os apartamentos e eles entregaram pra todo mundo e a gente não pode interferir porque teve gente que não quis receber por conta da religião diferente.

Pesquisadora: Então você identifica como *stakeholder* do setor só a família e os colaboradores?

Gerente Hospital B: Só a família e os colaboradores, pra gente aqui, porque a gente não tem essa ligação direta com nenhum desses outros pra gente poder indicar ou alguma coisa do tipo.

Pesquisadora: E você acredita que as relações de hospitalidade estabelecidas com a família e com os colaboradores elas favorecem a prestação de serviços do setor?

Gerente Hospital B: A nossa relação com a família e com o colaborador?

Pesquisadora: Isso. Favorece a prestação de serviço? Melhora a qualidade?

Gerente Hospital B: Ah, sim. Com certeza. A questão da gente ter começado a trabalhar com cuidado paliativo mudou muito esse processo aqui dentro porque assim a gente não é um hospital que atende muito paciente jovem, paciente de... trauma não é, não é o perfil dos pacientes que a gente atende, a gente atende muito paciente idoso, muito paciente com re-hospitalização, muito paciente que vem de home care, então assim, são esses, o nosso perfil a gente não atende crianças, a gente não faz parto, então a gente tem uma clientela que é muito específica apesar de ser um hospital geral, mas a gente acaba tendo pelos convênios que a gente atende a gente acaba tendo uma clientela com uma faixa etária elevada, então a gente atende muito idoso, a gente atende muito paciente clínico ou paciente cirúrgico, então a gente tem várias particularidades que nos levam a ter pacientes com um perfil muito parecido.

Pesquisadora: E quando, tipo assim, se a família pede algum serviço diferenciado. Isso acontece da família solicitar algum tipo de serviço diferenciado e o hospital se propõe a atender?

Gerente Hospital B: Dependendo é, a gente tenta atender todos os pedidos que aparecem, alguns são possíveis outros não são. Tem família que pede ah, eu preciso que meu grupo de oração venha fazer uma oração aqui no apartamento, isso pra gente não é problema nenhum, tá? Às vezes, aconteceu com os católicos já veio grupo de oração que veio no sábado, já aconteceu com evangélicos, teve a questão da bíblia que distribuíram. Pra gente isso não é problema, tá? Dentro do possível a gente faz, ah já apareceu um caso que pediu um armador de rede então a gente hoje tem um apartamento que tem um armador de rede então quando houver

outra solicitação a gente já tem, já aconteceu desses assim que já vi acontecendo mais diferentes, né? São esses assim. A gente tenta atender dentro do possível a gente dentro das nossas limitações por questões de vigilância sanitária, por questões organizacionais a gente tenta atender.

Pesquisadora: Tá. E por parte do hospital não existe uma diferenciação entre os serviços pra determinado tipo de cliente? São todos iguais? O paciente vai receber os serviços com a mesma qualidade que outro paciente?

Gerente Hospital B: Sim. Mas a gente tenta atender as particularidades que as vezes acontecem, né?

Pesquisadora: Então muito obrigada. A gente finaliza a nossa entrevista ela contribuiu muito para o meu trabalho.

Gerente Hospital B: De nada.

((Fim da transcrição))