

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA**

Ralf Gutschwager

**TRABALHO IMATERIAL E HOTELARIA HOSPITALAR: O CASO DO
HOSPITAL MÃE DE DEUS**

Porto Alegre, 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA

Ralf Gutschwager

TRABALHO IMATERIAL E HOTELARIA HOSPITALAR: O CASO DO
HOSPITAL MÃE DE DEUS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lígia Iochins Grisci

Porto Alegre, 2007

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Carmem Ligia Iochins Grisci pelo incentivo, pela orientação sempre criteriosa e pelos ensinamentos para a carreira e para a vida.

À Escola de Administração e aos professores da área de Recursos Humanos do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS pela oportunidade e pelo conhecimento adquirido ao longo da trajetória percorrida.

Aos professores da FARGS – Faculdades Rio-Grandenses pelos valiosos ensinamentos em minha graduação, que muito contribuíram para a execução deste trabalho.

À minha esposa Walai e aos meus filhos Raquel e Daniel, pela compreensão e paciência nas longas horas de afastamento.

Aos meus familiares, em especial ao meu irmão Hannes, pelo exemplo de dedicação e honestidade, e por seu apoio incondicional e superação de todas as dificuldades surgidas ao longo do Mestrado.

Ao Hospital Mãe de Deus pela oportunidade de realização desta pesquisa e aos participantes da pesquisa pela colaboração e ensinamentos.

A todas as pessoas que me são especiais e que estiveram ao meu lado nesta caminhada.

RESUMO

Esta dissertação busca compreender que modos de gestão e que práticas laborais sustentam as noções de trabalho imaterial e hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus. Desenvolveu-se através de um estudo de caso que teve a participação de 23 entrevistados dos setores de recursos humanos, nutrição, recepção (núcleo de relacionamento com o cliente), higienização, housing, marketing, programa “Médicos Mãe de Deus”, direção e serviços terceirizados. A coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas, observações assistemáticas, fontes documentais e documentos fotográficos. A análise dos dados coletados se deu à luz do referencial teórico de autores como Lazaratto, Hardt e Negri em relação ao trabalho imaterial e Boerger, Taraboulsi e Godoi em relação à hotelaria hospitalar. Os resultados da pesquisa indicam que existe um discurso atrelado às origens e questões religiosas, que alicerça os valores da instituição. O modelo de hotelaria hospitalar adotado pelo hospital se mostra descentralizado, ao mesmo tempo em que apresenta propostas de gestão diferenciadas nos setores pesquisados, diferente do que foi observado como referência na literatura pertinente. O conceito de hotelaria hospitalar implantado no Hospital Mãe de Deus – evidente na arquitetura - apresenta idéias que corroboram com a literatura da área e demanda aos trabalhadores uma visão de negócio da empresa, promovendo o ambiente empresarial do hospital. A noção de trabalho imaterial evidencia-se no cotidiano do hospital através da mobilização dos trabalhadores, em prol de um atendimento que destaque uma relação de segurança, bem-estar e acolhimento a ser travada com os usuários dos serviços hospitalares a partir de características que lhes são inerentes.

ABSTRACT

This dissertation tries to understand the ways of management and the kinds of labour practices support the immaterial work and hospital hotel services at Mãe de Deus Hospital. Through a case study, this work had the participation of 23 interviewers from sectors like human resource, nutrition, reception (client relation center), hygienization, housing, marketing, “Mãe de Deus” doctors program, management and out sourcing personal. Data was collected through semi structured interviews, non systematic observations, printed sources and photographic documents. The collected data analysis was based on writers such as Lazaratto, Hardt and Negri for immaterial work and Boerger, Taraboulsi and Godoi for hospital hotel services. The results of this research indicate a speech linked to religion matters which bases the institution’s principles. The model of hospital hotel services adopted by the hospital is decentralized, at the same time presents different management proposals at research sectors. Different from what was observed among appropriate literature. The concept of hospital hotel services implanted at Mãe de Deus hospital – evident in the architecture – presents ideas that corroborates with the field’s literature and requests from workers a business vision of the company, promoting a enterprise environment of the hospital. The idea of immaterial work attests at the hospital daily through the workers mobilization to attend in a way that emphasize a relation of security, welfare and welcome to be engaged with clients from hospital services from some characteristics that are inherent.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | |
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 OBJETIVO GERAL..... | 14 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 14 |
| | |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 2.1 A SAÚDE NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA..... | 16 |
| 2.2 O AMBIENTE HOSPITALAR..... | 20 |
| 2.3 ARQUITETURA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA UM HOSPITAL HUMANIZADO..... | 25 |
| 2.4 HOTELARIA HOSPITALAR: A RELAÇÃO PACIENTE E HOSPITAL PELA HOSPITALIDADE..... | 31 |
| 2.5 TRABALHO IMATERIAL: DA LÓGICA DA INDÚSTRIA À LÓGICA DAS RELAÇÕES DE SERVIÇO..... | 42 |
| | |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 50 |
| 3.1 MÉTODO..... | 50 |
| 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 51 |
| 3.3 COLETA DE DADOS..... | 52 |

| | |
|--|------------|
| 3.4 ANÁLISE DOS DADOS..... | 54 |
| 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 56 |
| 4.1 HOSPITAL MÃE DE DEUS: HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CAMPO DE PESQUISA..... | 56 |
| 4.2 O TRABALHO NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO HOSPITAL MÃE DE DEUS..... | 64 |
| 4.3 O TRABALHO IMATERIAL NO COTIDIANO HOSPITALAR..... | 82 |
| 4.4 A HOTELARIA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS GESTORES E TRABALHADORES DO HOSPITAL MÃE DE DEUS..... | 108 |
| 4.5 TRANSFORMAÇÕES ARQUITETÔNICAS DO AMBIENTE HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DA HOTELARIA HOSPITALAR..... | 131 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 146 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 150 |
| APÊNDICE A..... | 157 |
| APÊNDICE B..... | 159 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Vista de hall de entrada 1..... | 11 |
| Figura 2: Vista de hall de entrada 2..... | 11 |
| Figura 3: Vista do hall de entrada do <i>housing</i> (Centro Clínico Mãe de Deus)..... | 31 |
| Quadro 1: Serviços em comum (hotel/hospital)..... | 36 |
| Quadro 2: Participantes da pesquisa..... | 51 |
| Quadro 3: Coleta de Dados: entrevista semi-estruturada..... | 53 |
| Quadro 4: Coleta de Dados: observação assistemática..... | 53 |
| Quadro 5: Coleta de Dados: registros fotográficos..... | 54 |
| Quadro 6: Coleta de Dados: formas conjuntas..... | 54 |
| Figura 4: Vista da área adquirida para a construção do hospital..... | 58 |
| Figura 5: Vista do Ambulatório em 1965..... | 59 |
| Figura 6: Vista de oratório localizado no hall de entrada do <i>housing</i> | 75 |
| Figura 7: Imagem de refeição servida aos pacientes do Hospital Mãe de Deus.... | 89 |
| Figura 8: Detalhe do cabelo de atendentes de nutrição..... | 94 |
| Figura 9: Vista do hall de entrada e recepção do <i>housing</i> | 111 |
| Figura 10: Vista da fachada frontal do Hospital Mãe de Deus em novembro de 1966..... | 135 |
| Figura 11: Vista da fachada frontal do Hospital Mãe de Deus em novembro de 2006..... | 135 |
| Figura 12: Vista da fachada lateral do Hospital Mãe de Deus em novembro de 1966..... | 136 |

| | |
|---|-----|
| Figura 13: Vista da fachada lateral do Hospital Mãe de Deus em novembro de 2006..... | 136 |
| Figura 14: Vista da entrada principal do Hospital Mãe de Deus em 1973..... | 137 |
| Figura 15: Vista da entrada principal do Hospital Mãe de Deus em 2006..... | 137 |
| Figura 16: Vista do hall de entrada do Hospital Mãe de Deus em 1979..... | 138 |
| Figura 17: Vista do hall de entrada do Hospital Mãe de Deus em 2006..... | 138 |
| Figura 18: Vista do corredor do hall de entrada do hospital em 1979..... | 139 |
| Figura 19: Vista do corredor do hall de entrada do hospital em 2006..... | 139 |
| Figura 20: Vista do corredor do oitavo andar do hospital em 1979..... | 140 |
| Figura 21: Vista do corredor do oitavo andar do hospital em 2006..... | 140 |
| Figura 22: Vista de posto de enfermagem de andar do Hospital Mãe de Deus em 1979..... | 141 |
| Figura 23: Vista de posto de enfermagem de andar do Hospital Mãe de Deus em 2006..... | 141 |
| Figura 24: Vista de quarto do hospital em 1974..... | 142 |
| Figura 25: Vista de quarto da unidade Beta do hospital em 2006..... | 142 |
| Figura 26: Vista da área administrativa no 10 ^o andar do Hospital Mãe de Deus em 1970..... | 143 |
| Figura 27: Vista da área administrativa no 10 ^o andar do Hospital Mãe de Deus em 2006..... | 143 |
| Figura 28: Vista do subsolo do Hospital Mãe de Deus em 1968..... | 144 |
| Figura 29: Vista do subsolo do Hospital Mãe de Deus em 2006..... | 144 |
| Figura 30: Vista da cozinha do Hospital Mãe de Deus em 1982..... | 145 |
| Figura 31: Vista da cozinha do Hospital Mãe de Deus em 2006..... | 145 |

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi concebida a partir da intersecção da formação acadêmica do autor, a Hotelaria, e o mestrado em Administração, possibilitando que se colocassem em discussão tópicos não encontrados na literatura referente às áreas hoteleira e hospitalar, em especial na relação destes assuntos com a questão do trabalho imaterial.

A hotelaria hospitalar é um conceito surgido há pouco mais de uma década. Esse movimento/investimento no qual os hospitais têm procurado se inserir vem provocando transformações nos ambientes hospitalares, em especial em instituições privadas.

A mudança da “cara de hospital” característica dos hospitais, passa a dar lugar a um ambiente com características de aconchego, hospitalidade e humanização, predominante no setor hoteleiro. E o paciente passa a ocupar o status de cliente, cuja fidelização se mostra como uma das metas dos hospitais, mesmo que retornar ao ambiente hospitalar não seja objetivo dos pacientes.

Em relação ao conceito de hotelaria hospitalar, cabe adiantar que, embora os diversos conceitos apresentados na literatura pertinente abordem como tema central a questão da humanização no atendimento aos pacientes, nesta pesquisa se mostraram outros aspectos relacionados à gestão, ao trabalhador, às práticas laborais e ao mercado.

Nesse sentido, convidamos o(a) leitor(a) a imaginar-se necessitando de serviços de saúde e adentrando um ambiente hospitalar, sem considerar, naturalmente, a tensão e ansiedade possivelmente presentes em situação real. Ao observar atentamente os detalhes de arquitetura e decoração que se apresentam, qual das duas fotografias a seguir lhe

pareceria mais condizente com o hall de entrada e recepção de um hospital?



Figura 1: Vista de hall de entrada 1

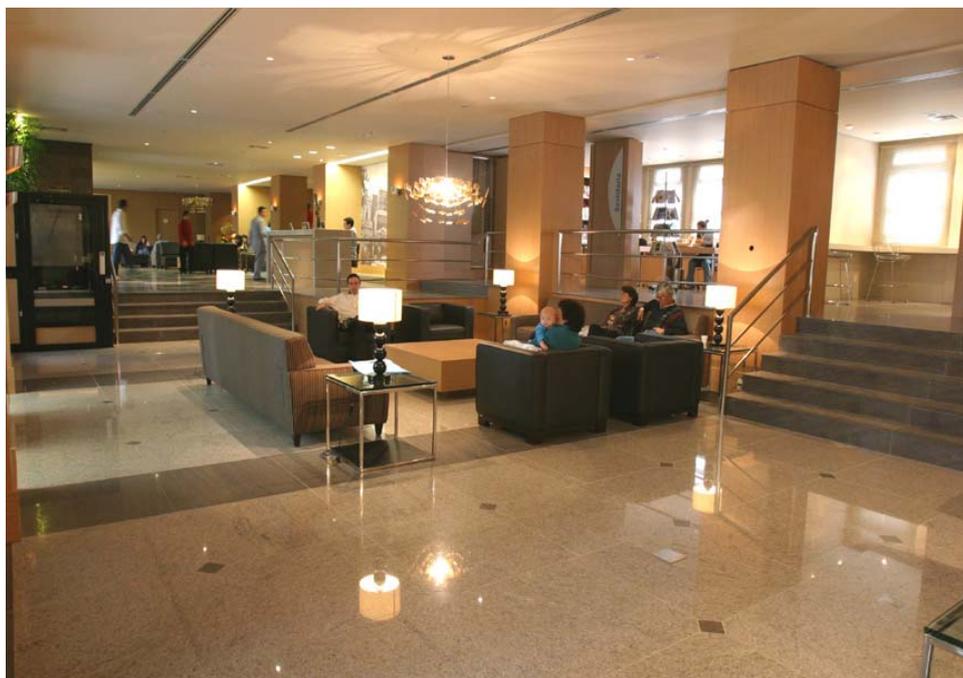


Figura 2: Vista de hall de entrada 2

A primeira fotografia identifica o hall de entrada e a recepção de um hotel de padrão 4 estrelas, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A segunda fotografia identifica o hall de entrada e a recepção do Hospital Mãe de Deus, localizado também na cidade de Porto Alegre.

O Hospital Mãe de Deus, onde esta pesquisa se realizou, se apresenta como exemplar na aplicação da hotelaria hospitalar em suas políticas de gestão, sendo reconhecido como instituição de referência em saúde nos serviços prestados à comunidade. No Brasil, encontramos também como exemplares em hotelaria hospitalar os hospitais Albert Einstein, localizado em São Paulo, Sarah Kubitschek, em Brasília, e Copa D'or, na cidade do Rio de Janeiro.

Isto posto, a questão da hotelaria hospitalar e sua relação com os preceitos do trabalho imaterial e os cuidados dispensados à saúde do corpo, representam um tema atual cuja relevância demanda estudos.

Assim, a gestão de saúde, hoje, prima por aspectos relativos à hospitalidade, cuja efetividade tem sido buscada a partir de um conjunto de transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho, e que colocam em evidência o conceito de trabalho imaterial. Por trabalho imaterial, cabe adiantar, entende-se o trabalho que produz, especialmente, serviços. Os autores Hardt e Negri (2001) afirmam que pelo fato da produção de serviços não resultar em bem material e durável é possível definir o trabalho envolvido nessa produção como “trabalho imaterial - ou seja, trabalho que produz um bem imaterial, como serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação” (HARDT e NEGRI, 2001, p. 311). A subjetividade passa, então, a ser considerada o elemento central da produção imaterial, transformando-se em diferencial para as empresas.

O conceito de hospitalidade, fundamental à hotelaria hospitalar, potencializa a idéia do imaterial, e vem sendo empregado na busca de melhoria da satisfação dos usuários de hospitais, na tentativa de minimizar o aspecto de “cara de hospital”, historicamente peculiar às instituições hospitalares, via de regra consideradas ambientes frios e impessoais.

Para autores como Boerger (2005), por exemplo, de alguma maneira a hotelaria hospitalar com seus conceitos e práticas pode contribuir na recuperação

do paciente e na hospedagem do acompanhante, fornecendo satisfação através de experiências vividas com menor dor e preocupação, o que se poderia relacionar à sensação de conforto e segurança vinculada ao trabalho imaterial.

A partir dessas colocações, surgiram as seguintes indagações:

- De que forma os gestores do Hospital Mãe de Deus entendem a hotelaria hospitalar e por que introduzir esse conceito no hospital?
- O conceito de hotelaria hospitalar, conforme se encontra na literatura, se faz notar nas práticas laborais hospitalares?
- Que implicações a adoção do conceito de hotelaria hospitalar acarreta para os trabalhadores do hospital?

A partir dessas questões norteadoras, toma-se como pertinente colocar a seguinte questão de pesquisa:

- Que modos de gestão e que práticas laborais hospitalares sustentam as noções de trabalho imaterial e hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus?

Com a presente pesquisa, buscou-se contribuir para a produção de conhecimento sobre a questão da hotelaria hospitalar e seus desdobramentos em relação às práticas laborais hospitalares. Práticas estas observadas e analisadas nas manifestações dos gestores e trabalhadores do hospital e arquivos documentais. Estas análises foram balizadas pelo seguinte objetivo geral e objetivos específicos:

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar os processos de transformação do ambiente do hospital decorrentes da aplicação dos conceitos de hotelaria hospitalar e suas relações com o trabalho imaterial nos cuidados contemporâneos dispensados à saúde.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar e analisar o conceito de hotelaria hospitalar adotado pela gestão do hospital;
2. Verificar e analisar de que forma os trabalhadores incorporam o conceito de hotelaria hospitalar na sua relação com os pacientes;
3. Identificar as transformações arquitetônicas do ambiente hospitalar na perspectiva da hotelaria hospitalar e do trabalho imaterial;
4. Elucidar quais os possíveis modos de expressão que assume o trabalho imaterial na atual configuração das práticas laborais do hospital.

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro partes: revisão da literatura, procedimentos metodológicos, apresentação e discussão dos resultados de pesquisa e considerações finais.

A revisão da literatura aborda historicamente a questão da saúde e caracteriza o campo de pesquisa, apresentando o ambiente hospitalar e as transformações sofridas até o modelo atual, bem como as que dizem respeito ao relacionamento com os pacientes. A partir disso, coloca-se em questão o trabalho

imaterial na perspectiva das transformações ocorridas no mundo do trabalho e do setor de serviços no qual se insere o ramo hospitalar. A seguir, discute-se, mais especificamente, os conceitos de hotelaria hospitalar e de trabalho imaterial e faz-se um levantamento das possíveis contribuições da arquitetura hospitalar no sentido de alinhar os conceitos de trabalho imaterial e hotelaria hospitalar, como forma de humanizar o ambiente das instituições de saúde.

Na seqüência, esclarece-se os procedimentos metodológicos adotados para a pesquisa: o método utilizado, os participantes da pesquisa, a forma como ocorreu a coleta de dados e a análise dos mesmos.

A seguir, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, inicialmente sendo feita a caracterização do campo de pesquisa, onde são abordados aspectos históricos e características do Hospital Mãe de Deus. O capítulo segue com a análise do trabalho hospitalar dos setores envolvidos na pesquisa na ótica dos gestores do hospital. Na seqüência, analisa-se as manifestações do trabalho imaterial nas práticas laborais do cotidiano hospitalar. A seguir, a hotelaria hospitalar na perspectiva dos gestores e trabalhadores do Hospital Mãe de Deus. Na parte final deste capítulo, apresenta-se uma abordagem da questão do uso de imagens em pesquisa qualitativa, apresentando algumas transformações arquitetônicas observadas no hospital na perspectiva da hotelaria hospitalar.

Por fim, são apresentadas as considerações finais sobre o conceito de hotelaria hospitalar adotado pelo Hospital Mãe de Deus, sua relação com o trabalho imaterial na ótica dos gestores e trabalhadores em geral do hospital, limitações encontradas e sugestões de continuidade da pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

No desenvolvimento deste trabalho se mostra pertinente a abordagem da saúde como elemento componente do campo de pesquisa. Assim, passamos a apresentar considerações sobre esta questão, como forma de introduzir o leitor às demais abordagens que comporão o arcabouço de análises desta dissertação.

Para Silva (1999), a Modernidade, coroada pelas Revoluções Burguesa e Industrial, operou uma transformação do ser humano em objeto de conhecimento. Ocorreu um incremento do interesse pelo corpo, com dois focos de atenção: o desenvolvimento de uma medicina privada, baseada nos interesses do mercado que se estrutura, e o desenvolvimento de uma medicina voltada para o corpo social que se encontra em expansão.

A partir daí, as percepções em torno do corpo passaram a se relacionar de forma profunda com as novas percepções de universo e de sociedade que vão se tornar popular a partir dos avanços da produção científica (SILVA, 1999).

Em uma sociedade cada vez menos religiosa e mais secular, “a saúde passa a ser vista como uma responsabilidade individual, e não uma dádiva de Deus” (TUCHERMAN, 2004, p. 80).

O corpo começou a ser visto como uma estrutura complexa dotada de órgãos. No início do movimento renascentista podemos encontrar as

primeiras representações do interior do corpo humano e de seu funcionamento. Todavia, eram obras voltadas exclusivamente para os profissionais da medicina que raramente chegavam ao conhecimento público. No século XVIII essa tendência foi se popularizando, primeiramente por meio da literatura, naquilo que viria a ser chamado de narrativas humanitárias.

O asseio corporal foi incorporado ao hábito das pessoas, influenciando inclusive mudanças na moda, com a utilização de tecidos mais leves e modelos simplificados, que facilitassem a locomoção das pessoas e a dispersão dos odores corporais. Os banhos, após quase que abandonados na Idade Média, são retomados e o desenvolvimento de perfumes começa a tornar-se representativo.

As cidades do século XVIII começaram a tomar o corpo como modelo para a urbanização, incorporando novas práticas de limpeza, sobretudo relacionadas aos dejetos. As ruas tornaram-se mais limpas e tendo como ponto de partida a idéia de um corpo asseado, que se desloca com liberdade, prevê-se que uma cidade funcione assim (TUCHERMAN, 2004).

A medicina que se estruturou a partir do século XIX incorporou o conhecimento oriundo de outras ciências e práticas sociais. O papel dos médicos foi fundamental nesse processo de subjetivação que acontece na Modernidade, incentivando o indivíduo a identificar a sua dimensão corporal.

O movimento higienista, surgido no final do século XIX, doutrinou os corpos, ensinando procedimentos de higiene e ao mesmo tempo doutrinando e regulando a vida das pessoas. À saúde pública ficou o controle de doenças infecto-contagiosas, passando pelas condições de higiene no lar até a comportamentos morais.

O movimento iluminista introduziu idéias sobre o homem e sua capacidade de pensar. Ao pensar, o homem toma consciência de si e de seu papel na construção da cultura.

Tucherman (2004, p. 85) afirma que “o sujeito humano moderno supostamente é o que se faz presente para si mesmo, auto-suficiente, racional e capaz de livre-arbítrio”. A autora segue fazendo considerações sobre a constituição do sujeito a partir de sua diferenciação dos objetos do mundo utilizando o pensamento de Foucault de que, “o humano é um ser que conhece o mundo e se reconhece como ser no mundo, ou seja, o homem é ao mesmo tempo sujeito e objeto do seu próprio conhecimento”.

O homem passou a idealizar um controle sobre o ciclo da vida. Até então as questões de mortalidade e natalidade infantil, fertilidade feminina, velhice, domínio do homem sobre as doenças, não demandavam grande interesse, e seus prejuízos eram considerados decorrentes da própria vida.

Para Castells (1999, p. 472), a Revolução Industrial, a constituição da ciência médica, o triunfo da Razão, bem como a afirmação dos direitos sociais, alteraram esse quadro nos últimos dois séculos. Passamos a conviver com o prolongamento da vida, a superação de doenças, o controle de nascimentos, a diminuição de mortalidade, o questionamento da determinação biológica dos papéis sociais e a construção de um ciclo vital em função das categorias sociais.

A análise do autor segue na direção da negação da morte. Para ele, o tempo na sociedade e na vida é medido pela morte. E é uma nova característica de nossa nova cultura a tentativa de banir a morte de nossas vidas, ou, viver como se a morte não existisse, mesmo sendo esta a única certeza de nossas vidas (CASTELLS, 1999, p. 478).

É então que passamos a observar a partir do século XX, a crescente preocupação do homem com relação às questões da saúde pessoal.

Canguilhem (1982, p.156) comentando Goldstein destaca que “ser sadio é ser capaz de comportar-se ordenadamente, para além dos impedimentos de realização do que antes era possível”. Portanto, a nova saúde não se comporta como a antiga. A cura caracteriza-se por um reaparecimento de uma ordem, uma nova norma individual. Observa ainda que

é importante reencontrar uma ordem durante a cura, tendo em vista que o organismo parece querer conservar ou adquirir certas peculiaridades que lhe possibilitarão construir esta nova ordem. Nesse sentido a busca é de novas constantes, apesar das transformações decorrentes dos déficits que persistem. No sentido biológico o autor reafirma a impossibilidade da vida conhecer a reversibilidade, contudo admite reparações que consistem em inovações fisiológicas.

Ainda para Canguilhem (1982), a doença pode ser pensada como uma espécie de norma biológica, dessa maneira o estado patológico não pode ser chamado em si de anormal. Ele é anormal somente quando relacionado a uma situação determinada. Para o autor, na medicina o normal é o estado que é desejado restabelecer, sendo este o objeto da terapêutica. Destaca que o estado normal é visado pelo tratamento, a partir do ponto de vista do doente que assim o considera, identificando como sendo patológicos certos estados ou comportamentos que são tomados como valores negativos em relação à polaridade dinâmica da vida (estado de saúde-estado de doença).

O estado de saúde, entendido inicialmente apenas como ausência de doença e menor risco de morrer prematuramente, passou a ser considerado como uma capacidade de realizar trabalho produtivo, e, portanto, recurso estratégico do processo de desenvolvimento. A saúde vem sendo destacada também como componente indissociável da qualidade de vida, expressão de elementos positivos determinados pelas condições materiais de existência ou associados a questões subjetivas, decorrentes das relações dos indivíduos entre si e com a sociedade.

Assim, conforme Pitta, cabe aos trabalhadores do hospital

produzir uma homeostasia entre vida e morte, entre saúde e doença, entre cura e óbito que tende a transcender suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico e, por cumplicidade, caberá também ao enfermo comportar-se com elegância e discrição, de modo a fazer com que a dura tarefa seja mais suave para eles e para quem os assiste (PITTA, 1990, p. 32)

No pensamento de Sant'Anna, cabe ao paciente o transtorno de viver dependente dos cuidados alheios, que pode apresentar a quebra da conexão

entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade:

o corpo do hospitalizado transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas; ele é freqüentemente tratado por partes e abstraído através de exames e fichas de cadastramento; a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais - sangue, genes, óvulos, espermatozoides, órgãos, ossos etc - passíveis de mensuração e avaliação científica. O indivíduo se torna divisível na medida em que a intimidade de seu organismo é exposta dia e noite (SANT'ANNA, 2001, p. 32).

A questão da subjetividade irá ocupar papel preponderante nas questões relacionadas ao trabalho imaterial e nas relações que passam a se estabelecer dentro dos hospitais, entre pacientes e trabalhadores, como elemento chave não só no desenvolvimento dos atos e tarefas laborais, mas também como componente essencial na recuperação do corpo doente.

2.2 O AMBIENTE HOSPITALAR

Ao adentrar em nosso campo de pesquisa, representado pela instituição hospitalar, observa-se o complexo caminho percorrido pelos hospitais em busca do tecnicismo científico em concordância com as suas novas funções.

Considerando o período da Antigüidade à Idade Média, os cuidados às pessoas doentes eram prestados oficialmente por religiosos ou por leigos conhecedores de uma medicina popular. A medicina oficial tinha como local de prática o interior de mosteiros ou espaços construídos com essa finalidade, sempre se mantendo como atividade secundária às obrigações de caráter religioso e assistencial, objetivo principal das ordens religiosas.

O pessoal hospitalar não tinha como função básica realizar a cura dos enfermos e sim, com um trabalho caritativo, conseguir a sua própria salvação. Assim, o objetivo básico era oferecer conforto espiritual e assistência aos pobres e

enfermos que lá se encontravam. Essa assistência raramente era feita com procedimentos de caráter curativo e, na verdade, tais espaços de saúde tinham como função maior à separação e exclusão dos enfermos, pobres, loucos, e de todos aqueles considerados indivíduos indesejáveis para a sociedade, como forma de minimizar eventuais riscos sociais e epidemiológicos (Foucault, 1979).

Essas características do hospital permanecem até o começo do século XVIII, quando a doença passa a ser reconhecida como fato patológico e surge então o conceito de hospital terapêutico. Nesse novo contexto, as questões funcionais e espaciais passam a ser consideradas o que acaba por proporcionar o aperfeiçoamento da arquitetura das edificações hospitalares.

Até essa época, a medicina não constituía uma prática hospitalar. As consultas ocorriam nas residências e os enfermos somente eram encaminhados aos hospitais quando apresentassem casos contagiosos e que oferecessem riscos à população. Nos hospitais, as visitas e assistência médica aos enfermos ocorriam apenas uma vez por dia. Esta prática dá origem a pesquisas sistemáticas nos hospitais europeus, com resultados que revelaram a precariedade das unidades hospitalares, relacionando o espaço hospitalar e as elevadas taxas de mortalidade dos pacientes, onde são apontadas causas possíveis de contaminação a proximidade entre determinadas áreas funcionais, tais como enfermarias de feridos e de parturientes, e ocorrência de fluxos de materiais contaminados, como roupas, lençóis e panos utilizados nos cuidados (SANTOS e BURSZTYN, 2004).

Nesse novo contexto, as questões funcionais e espaciais passam a ser consideradas o que acaba por proporcionar o aperfeiçoamento da arquitetura das edificações hospitalares. Foucault afirma que a arquitetura passa a ser considerada um elemento fundamental para a criação do ambiente hospitalar:

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

Os hospitais compostos por milhares de leitos, lotados de portadores de doenças contagiosas, feridos e mulheres grávidas dão lugar a propostas que visam a separação dos pacientes de acordo com suas patologias, originando hospitais de menor porte, com especialização em determinadas enfermidades (SANTOS e BURSZTYN, 2004).

Nesse sentido, trazemos o conceito de que a disciplina é uma técnica de exercício do poder, aperfeiçoada durante o século XVIII, muito embora já tivesse sido inventada e empregada muito antes. A disciplina caracteriza-se pela individualização através dos espaços, inserindo os corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório. Assim, a reorganização do hospital se deu, essencialmente, a partir da tecnologia política da disciplina. (FOUCAULT, 1989).

Assim, observa-se que a disciplina hospitalar tem por função não só transformar as condições do meio em que os doentes estão inseridos, mas também garantir o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do doente e da doença. Com isso, observa-se que, a partir do século XIX, é notória a função racionalista das concepções de arquitetura hospitalar bem como da prisional.

Na atualidade, no entender de Santos e Bursztyn,

novas diretrizes precisam ser adotadas para os projetos de estabelecimentos de atenção à saúde, com a mudança do atual modelo para um novo, que atenda à verdadeira promoção da saúde, e com projeto e implantação centrados na figura do paciente, proporcionando, em seus ambientes, o desenvolvimento de atividades que poderão cumprir seu papel de prestação de cuidados para a cura de enfermidades, agregando qualidade e um verdadeiro senso de humanismo no contato com os usuários (SANTOS e BURSZTYN, 2004, p. 77)

Com as mudanças nas feições e funções do hospital, também foi alterado o caráter religioso e caritativo das práticas hospitalares, que é hoje submetido a outras regras no modo de produção e consumo, mantendo ainda, todavia, características ambíguas entre a mítica religioso-caritativa e as regras gerais de mercado das sociedades capitalistas.

Para Pitta (1990), a saúde como instituição, atividade econômica e necessidade social, tem ocupado cada vez mais espaço nos meios de comunicação e políticas públicas. O hospital passou a ser o local de trabalho de vários profissionais, das mais diversas áreas, não somente pertencentes às equipes médicas e de enfermagem, mas também recepcionistas, nutricionistas, fisioterapeutas, operadores de equipamentos, psicólogos, administradores, recreacionistas, entre outros.

No outro extremo deste ambiente, encontra-se o paciente, buscando soluções para os seus males. Para este paciente, a rede formada pelos vários profissionais do hospital desencadeia processos interligados que objetivam a melhor assistência possível, a partir do diagnóstico médico, seguindo pelo processo de agendamento, baixa hospitalar e todos os demais processos do ambiente hospitalar.

Carapinheiro (1998), citando Strauss (1963 e 1985)¹, nos traz o pensamento de que, pela perspectiva da ordem negociada,

o hospital apresenta-se como um lugar onde o pessoal, composto majoritariamente, embora não exclusivamente, por profissionais, está envolvido em complexos processos negociativos para atingir propósitos individuais e para trabalhar no contexto da divisão do trabalho estabelecida, segundo objetivos institucionais, clara ou vagamente explicitados. Na sua configuração organizativa, o hospital apresenta-se como um conjunto de várias oficinas de trabalho, entendidas como os lugares onde vários tipos de trabalho, diferentes recursos e específicas divisões de trabalho são requeridos para levar a cabo o trabalho médico, orientado, direta ou indiretamente, para a gestão dos casos clínicos dos doentes (CARAPINHEIRO, 1998, p. 67)

Assim, é possível fazermos a observação de que a hotelaria hospitalar se faz presente nesses processos, e tem importante parcela de contribuição para o alcance do objetivo principal das instituições hospitalares.

¹ STRAUSS, A. *et al.* *The hospital and its negotiated order*, in: Friedson, E., *The hospital in modern society*, Nova York: The Free Press, 1963.

STRAUS, A. *et al.* *Social organization of medical work*. Chicado e Londres: University of Chicago Press, 1985

Em seu estudo, Carapinheiro (1998) aborda o hospital como sendo um “local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, incorporando progressivamente a noção moderna de serviço público” além de constituir-se em um “campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna”.

Para Laurell e Noriega (1989)² a medicina social problematizou a relação da saúde com o processo de produção, entendendo a saúde-doença não somente como um processo bio-psíquico, mas, sobretudo um processo social, se propondo a identificar a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos.

Idéia corroborada por Carapinheiro, quando a autora afirma:

Por outro lado, a importância social do hospital destaca-se pelo fato de ser o lugar de confronto da diversidade dos quadros de referência cultural dos doentes em face de um modelo cultural reconhecido e consagrado, que inclui um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital, concretizado nas ideologias e nas práticas dos diversos grupos profissionais. Neste modelo a medicina apresenta-se simultaneamente como ideologia social, dada a posição de influência que detém na imposição da versão oficial das idéias sobre saúde e doença, subscritas cientificamente, e como instituição de controle social, considerando as formas que o poder médico assume na definição da condição de doente no hospital (CARAPINHEIRO, 1998, p. 45)

Assim, o hospital apresenta-se definindo estratégias de gestão das pessoas, através de técnicas de poder disciplinar, demarcando os espaços e os tempos, através de uma hierarquia de dispositivos disciplinares para organizar e fazer funcionar esta organização complexa que se tornou. Nesse sentido, Carapinheiro faz a seguinte consideração:

(...) no sistema de saúde, o hospital é o lugar principal da produção de cuidados médicos e é também o principal contexto de sua reprodução. O mecanismo de poder que lhe é específico deriva dos saberes centrais, funcionalmente necessários para o desenvolvimento de suas atividades, respectivamente os conhecimentos médicos a partir dos quais se organizam os sistemas de tratamento, e os conhecimentos de gestão hospitalar

² LAURELL, A. C. e NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

que procuram planejar e racionalizar as atividades hospitalares de forma a rentabilizar os recursos os recursos materiais, técnicos e humanos (CARAPINHEIRO, 1998, p. 75)

A prática da medicina está em constante desenvolvimento, em face a sofisticação de técnicas e evolução nos equipamentos e insumos. Porém, ao abordar a questão dos avanços científicos e tecnológicos e sua relação com a qualidade dos serviços hospitalares, Pitta faz a seguinte consideração:

Muito mais que a riqueza material, entretanto, é o trabalho do pessoal que determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento, e, ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos (PITTA, 1990, p. 18).

Esta idéia vem corroborar com os pensamentos de Hardt e Negri (2001), quando os autores introduzem o conceito de trabalho imaterial e suas características. O hospital se caracteriza por modos de produção flexível. A medicina e suas técnicas vão de maneira sistemática buscando preencher espaços e determinar novas formas de relação e divisão de trabalho dentro dos hospitais.

Ao buscar padrões de produtividade, que possibilitem seu sucesso no mercado, o hospital busca modelar o trabalho, já que no setor terciário as características de “trabalho sem modelo” são marcantes e estão presentes. Com isso, a subjetividade dos trabalhadores do ambiente hospitalar é afetada.

2.3 ARQUITETURA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA UM HOSPITAL HUMANIZADO

Foucault, em sua obra Vigiar e Punir (1983), destaca, no século XVIII, a instituição da disciplina e da vigilância como forma de controle da sociedade, bem como de proteção dessa mesma sociedade, através da exclusão e do isolamento

dos indivíduos considerados "desviantes" dos padrões vigentes de racionalidade e moralidade. A vigilância que se fazia necessária para garantir o cumprimento da disciplina provocou, como forma de facilitar o seu exercício, a necessidade de modificações nos espaços da arquitetura.

Surgiu, então, uma arquitetura baseada em "dispositivos", conforme o autor, cujo principal símbolo era o Panóptico, uma construção em formato anelar com uma torre no seu interior, vazada por janelas grandes, que permitiam a observação de todos os compartimentos à sua volta. Esse modelo acabou sendo também adaptado aos hospitais, onde a vigilância se manifestava através de estudos detalhados de aberturas e disposição de cheios e vazios, como forma de se obter um controle eficaz dos doentes.

Abordamos anteriormente a evolução dos hospitais e hoje se observa que o espaço arquitetônico desempenha uma função de propiciar o bem-estar físico e emocional de seus usuários, merecendo crescente atenção nos processos de planejamento em saúde pública e privada.

Na obra de Santos e Bursztyn observa-se que o conceito de humanização no atendimento tem sido amplamente aplicado nos projetos em arquitetura da saúde, representando o "desdobramento de um novo enfoque, centrado no usuário, que passa a ser entendido de forma holística, como parte de um contexto, e não mais como um conjunto de sintomas e patologias a serem estudadas pelas especialidades médicas" (SANTOS e BURSZTYN, 2004, p. 59).

Estabelece-se, portanto, a necessidade da prática de uma arquitetura especial, voltada especificamente para o conforto, seja de usuários ou trabalhadores das instituições de saúde. A hotelaria hospitalar passa a depender também das transformações geradas pelas práticas originadas pela arquitetura hospitalar para obter êxito no seu desenvolvimento. Assim, segundo Boerger (2005), já é possível a percepção da arquitetura hospitalar sobre as operações de hotelaria dentro de instituições hospitalares.

Iida³, em Santos e Bursztyn (2004), afirma que, ao contrário da sensação de desconforto, a sensação de conforto ambiental não é uma percepção

³ IIDA, Itiro. *Ergonomia, projeto e produção*. São Paulo: Edgar Blücher Ltda., 1990

facilmente detectável. Resultado da harmonia de vários condicionantes tais como higrotérmicos (relacionados à temperatura e umidade), acústicos, visuais, de qualidade do ar, entre outros, ela propicia a integração do usuário a seu meio, otimizando seu desempenho (IIDA, 1990).

Nas últimas décadas o surgimento de novos conceitos de arquitetura hospitalar vem incorporando a visão do paciente que é atendido nos estabelecimentos de saúde, trazendo para o espaço que o paciente irá ocupar os signos e valores que são encontrados em suas casas, bem como uma integração dos ambientes com o espaço exterior (SANTOS e BURSZTYN, 2004).

Isso nos leva a pensar na possibilidade de uma arquitetura que defina espaços hospitalares em que a tecnologia que se faz necessária não determine ambientes despidos de identidade e escala humana e em que o paciente reconheça os valores presentes no seu cotidiano. A conformação destes espaços pode proporcionar um benefício para a cura do sofrimento físico, bem como um suporte emocional durante o período de internação.

Na busca deste conforto para os usuários é preciso buscar-se um equilíbrio entre as demandas de atendimento, preconizadas pela hotelaria hospitalar, as exigências da legislação e ainda os critérios da área médica, compondo, assim, um intrincado universo de características.

Assim é possível observarmos que existirão critérios de adequação técnica, critérios de adequação estética e critérios de ordem psicológica. Os dois primeiros tipos relacionados mais diretamente às exigências demandadas do hospital, observados nos aspectos construtivos, e o terceiro relacionado ao paciente, aos efeitos dos dois primeiros sobre sua presença no ambiente hospitalar.

Por sua vez, Costa (2000)⁴, citado em Santos e Bursztyn (2004, p. 86), nos diz que o acolhimento do sujeito no espaço hospitalar se dá como um rito de passagem, onde o paciente passa de um estado de dúvida para um estado de certeza, podendo até mesmo ser o da própria morte. O autor segue afirmando que a expectativa dessa jornada faz com que o espaço hospitalar se torne um grande

⁴ COSTA, J. R. S. L.. *Espaço hospitalar: a revolta do corpo e da alma do lugar* (Trabalho apresentado no curso "Trabalho e modo de vida no hospital"). ENSP/FIOCRUZ, 2000.

labirinto, um caminho de grandes recortes e distanciamentos, que, na maioria das vezes, o é, gerando uma imagem para o usuário de um lugar de incertezas, medos e, também, de coragem.

Costi (2002), ao citar Goldstein⁵, nos diz que mudando-se a natureza do espaço, é possível modificar, simultaneamente, os sentimentos das pessoas a respeito do ambiente e o seu comportamento.

Citamos também o pensamento de Godoi (2004) que corrobora com essa idéia ao afirmar que a arquitetura ou estrutura física do prédio é um aspecto que exercerá forte impacto visual ao público externo e deve primar pelo conforto e sobriedade para o público interno. Segundo o autor, o hospital pode ser caloroso e aconchegante, mas para que isso ocorra o investimento se apresenta como um fator motivador de retorno financeiro e social.

Assim, a partir desses conceitos, os hospitais estão se transformando e as ações dos profissionais de arquitetura tem sido voltadas no sentido de transformar as instituições de saúde em locais mais eficientes e adequados aos tempos atuais.

Em Santos e Bursztyn verificamos que os parâmetros destas ações devem ter como foco principal sempre a figura do paciente:

Esses parâmetros são baseados na forte corrente da humanização que permeia os estudos e as pesquisas sobre a nova arquitetura de instituições de saúde. Acima de todas as outras determinantes, o desenho do novo hospital apóia-se na figura do paciente e na tradução de todos os seus direitos e suas aspirações como usuário do sistema de saúde (SANTOS e BURSZTYN, 2004, p. 87).

É possível então afirmarmos que o usuário de uma instituição de saúde deve encontrar um ambiente modificado já a partir do momento em que ingressa no ambiente hospitalar, pois será a partir deste momento que ele passará a receber a influência do ambiente em suas condutas e reações durante o período em que permanecer internado.

Para Costi, “a primeira impressão que o paciente e o acompanhante têm do ambiente é marcante e influenciada pela sua percepção, que tem estreita relação

⁵ GOLDSTEIN, J. Psicologia Social. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1983.

com sua experiência pessoal”. A autora afirma também que é produzida uma gestalt⁶ e, desta forma, “o local deve ser agradável e estar preparado para atender um ser humano doente” (COSTI, 2002, p. 205).

Assim, para estabelecer a qualidade do ambiente construído, há que se considerar as condições de ventilação natural, iluminação artificial e natural, o desenho e arranjo do mobiliário, sua contribuição ergonômica, “ou até mesmo as conseqüências da aplicação dos estudos cromáticos entre os elementos que melhor possam representar os conceitos de conforto, segurança e bem-estar” (SANTOS e BURSZTYN, 2004, p. 31).

São diversos os elementos a serem incorporados aos projetos arquitetônicos que irão proporcionar conforto visual, térmico e acústico aos usuários do hospital. Destaca-se a importância de aspectos que proporcionem uma ventilação e aeração dos ambientes de internação, assim como a possibilidade de contato com o ambiente externo e com a luz natural. Também a importância de sistemas de climatização adequados nas áreas de recepção, internação, sendo também de suma importância os espaços destinados aos atendimentos de emergência.

Costi (2002) destaca em seu estudo uma atenção maior às questões de luz e cor. Para a autora, as cores podem influenciar o comportamento dos seres vivos e interferir no estado de ânimo das pessoas. Assim, a luz e a cor devem fazer parte do conjunto de elementos que oferecerão conforto. A autora afirma ainda:

A luz e a cor são importantes componentes que se relacionam com o tempo de espera, a temperatura, a acústica, a ergonomia e a distração dos usuários que aguardam a chamada para a consulta. A percepção dos pacientes pode estar tanto reduzida quanto ser menos desenvolvida. Como em um processo de avaliação nos termos gosta/desgosta, ou com outros significados empregando escalas semânticas de classificação da cor, por exemplo, adjetivos

⁶ A Teoria da Gestalt (ou “configuração”) surgiu no início do século XX, com as idéias de psicólogos alemães e austríacos e afirma que não se pode ter conhecimento do todo através das partes, e sim das partes através do todo. Que os conjuntos possuem leis próprias e estas regem seus elementos (e não o contrário, como se pensava antes). E que só através da percepção da totalidade é que o cérebro pode de fato perceber, decodificar e assimilar uma imagem ou um conceito.

como "lindo, feio, cálido, frio, fraco e forte" são relativos a juízos subjetivos (COSTI, 2002, p. 42).

O padrão anterior que era utilizado nas instituições de saúde, com cores monocromáticas, que favoreciam a monotonia, deve ser substituído por cores que proporcionem a sensação de estímulo e relaxamento. Sobre isso, existem estudos específicos que não serão aqui abordados. A escolha das cores também deve proporcionar a identificação de sujidades e sua composição deve permitir limpezas freqüentes. O ser humano associa as cores claras com a sensação de limpeza, amplitude e luminosidade (COSTI, 2002). Boerger (2005) recomenda o uso, além do branco, de tons claros de bege, verde, azul, violeta, salmão e amarelo, para proporcionar a sensação de que o ambiente em que o paciente se encontra não é um hospital.

Boerger (2005) também destaca, no aspecto visual, que a utilização de quadros e telas de pintura podem ajudar a transformar o ambiente interno mais similar ao visual hoteleiro, bem como a importância de espaços para acompanhantes e visitantes, fora do ambiente do apartamento, onde seja possível dialogar sobre assuntos relacionados à doença ou como forma de não perturbar o descanso do paciente.

Já Costi (2002) destaca ainda a importância do layout dos ambientes onde os funcionários executam suas atividades, especialmente em recepções e postos de enfermagem de andares, que deve ser concebido para ser confortável e funcional, já que o bem-estar do trabalhador vai, também, refletir no seu comportamento, interferindo na qualidade do atendimento aos pacientes.

A seguir, apresenta-se uma fotografia ilustrativa que destaca os aspectos visuais comentados anteriormente.



Figura 3: Vista do hall de entrada do housing – Centro Clínico Mãe de Deus
Fonte: Acervo do pesquisador

2.4 HOTELARIA HOSPITALAR: A RELAÇÃO PACIENTE E HOSPITAL PELA HOSPITALIDADE

Ao abordarmos a questão hospitalar sob o aspecto histórico, encontramos na narrativa de Foucault elementos que demonstram a evolução pela qual passaram as instituições hospitalares:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem

necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para acolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer (FOUCAULT, 1979, p. 101).

Os tempos mudaram e apresentaram avanços tecnológicos e da medicina. Hoje, os diagnósticos são mais precisos, a cura tende a ser mais rápida e o tempo de hospitalização menor. Em relação ao passado, os serviços de saúde evoluíram e melhoraram sensivelmente no mundo inteiro.

O paciente também mudou e passou a ser visto, por vezes, como um cliente, possuidor de direitos a serem respeitados. Para alguns autores, inclusive, deixou de ser um ser passivo, um “não cidadão” (DIAS, 2003). Passou a ser mais ouvido em suas reivindicações e desejos.

Com o surgimento deste novo tipo de paciente, que demanda a necessidade de um serviço hospitalar que lhe proporcione não somente a cura para os seus males, mas também seu bem-estar, segurança e conforto, não exclusivamente para si, mas para seus familiares e amigos, é introduzido o termo “cliente de saúde”, que para Taraboulsi (2004) representa não somente o usuário do serviço médico ou paciente internado, mas também seus familiares e amigos, que acabam envolvendo-se também no ambiente hospitalar.

Ainda segundo o mesmo autor, ao reconhecermos a expressão “cliente de saúde” como sendo mais adequada dentro do contexto hospitalar, uma vez que abrange não somente o enfermo, mas também a família e os visitantes, “torna-se mais fácil adotar estratégias e implementar ações, inclusive as de hotelaria, que possam garantir a humanização e a qualidade dos serviços médico-hospitalares”. O autor salienta, ainda, que é preciso “conhecer bem o cliente para que todas as pessoas envolvidas no

atendimento possam ter a noção de sua importância para a instituição de saúde” (TARABOULSI, 2004, p. 24).

Esta preocupação com o cliente de saúde não é recente. Há três décadas atrás, como podemos observar nas considerações de Tappan, citado por Boerger (2004, p. 39), já existia o pensamento de proporcionar ao paciente condições que minimizassem o seu sofrimento:

É importante que o paciente sinta que é alguém, em torno de quem funciona todo o hospital, e que o objetivo do hospital é atendê-lo. Todos os pacientes se sentem como que arrancados de suas rotinas diárias quando entram no hospital, e essa confusão de sentimentos é agravada por doença, dor e mal-estar. O planejamento administrativo deve procurar manter, dentro do possível, certa continuidade do tipo de vida a que o paciente está acostumado⁷ (TAPPAN, 1976, p. 5).

Até bem pouco tempo atrás, os termos “cheiro de hospital” e “comida de hospital” eram comuns entre as pessoas que de alguma forma utilizassem serviços hospitalares.

Neste aspecto, podemos afirmar que 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” (TARABOULSI, 2004, p. 22).

Todavia, isso não significa que a situação da saúde, sobretudo a pública, esteja atendendo a contento. Os serviços de saúde com qualidade têm estado acessíveis a uma pequena parcela da população cujos ganhos permitem a incorporação de planos assistenciais de saúde no orçamento familiar.

Quando pensa-se sobre a questão da saúde, se observam aspectos da hospitalidade inseridos nesse serviço, cuja importância tem crescido muito em função das transformações ocorridas no mundo do trabalho. Assim, se faz importante a consideração de aspectos conceituais de hospitalidade e sua relação com hotelaria e ambiente hospitalar.

⁷ TAPPAN, Frances M. *Administração hospitalar*. Edart, 1976, p. 5.

Para Godoi (2004) a hospitalidade tem sido mais do que a simples ação de hospedagem e satisfação das necessidades humanas pagas ou não. Desde os tempos bíblicos, quando as hospedarias ofereciam abrigo aos viajantes em trânsito, o quadro se alterou completamente.

No turismo, a questão da hospitalidade tem sido o motivo principal de fidelização e representa um papel decisório nas escolhas dos usuários.

A classificação econômica da hotelaria nos diz que ela é a indústria de serviços que disponibiliza e oferece hospedagem, conforto, segurança, alimentação, lazer e demais serviços inerentes à atividade de receber com eficiência. Para Castelli, empresa hoteleira é uma “organização que, mediante o pagamento de diárias, oferece alojamento à clientela indiscriminada” (CASTELLI, 2001, p. 56).

Taraboulsi (2004) ao refletir sobre as questões da hospitalidade no setor hoteleiro afirma que, “no contexto da hospitalidade, a hotelaria é vislumbrada como a arte de oferecer serviços repletos de presteza, alegria, acolhimento, dedicação e respeito; fatores que geram a satisfação, o encantamento e a fidelização dos clientes” (TARABOULSI, 2004, p. 77).

Quando abordamos a questão de hospedagem, se faz necessária a associação com hospitalidade, pois esta é função básica do ato de hospedar. Para Moraes, Candido e Vieira (2004, p. 38) “os hospitais, na sua nova concepção de praticar uma administração voltada para o bem-estar do paciente, estão empenhados em hospedar antes de internar pessoas”.

Observa-se então que os conceitos se co-relacionam e comprovam o elo entre a hospitalidade, hotelaria e hospital, com estes dois últimos formando o conceito de hotelaria hospitalar, conforme Taraboulsi (2004, p. 179), temos que:

- **conceito tradicional de hospitalidade:** é acolher e tratar com generosidade pessoas sem esperar reciprocidade de acolhimento e tratamento generoso;
- **conceito moderno de hospitalidade:** é a interação de pessoas em que prevalecem valores de sociabilidade e solidariedade, harmônicas relações interpessoais, cortesia associada à eficiência daquilo que se propõe a fazer ou oferecer;

- **conceito de hotelaria hospitalar:** é a arte de oferecer serviços eficientes e repletos de presteza, alegria, dedicação e respeito, fatores que geram a satisfação, o encantamento do cliente de saúde e, principalmente, a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar.

Ao analisarmos estas definições podemos observar como o conceito de hospitalidade permeia a hotelaria hospitalar e as suas possibilidades para a melhoria da satisfação dos usuários de hospitais. Essa idéia é corroborada por Taraboulsi, quando o autor afirma:

Persuadir, transformar opiniões, estimular atitudes e levar o indivíduo a uma satisfação e conduta desejada, são ações que representam as molas que impulsionam o comportamento humano e que vêm ao encontro da proposta da hotelaria hospitalar, que se sustenta em princípios inerentes à hospitalidade (TARABOULSI, 2004, p. 179).

Esse, segundo Moraes, Candido e Vieira (2004, p. 14) passa a ser o desafio no qual as organizações de saúde estão empenhadas, “adaptando seu sistema de gestão, voltando-o aos recursos físicos, à intangibilidade dos padrões de qualidade com o objetivo de oferecer hospitalidade e não apenas hospitalização”.

Podemos observar que a estrutura hoteleira convencional é bastante semelhante à estrutura nos hospitais. Para Godoi, os preceitos básicos também não diferem de forma considerável. O autor afirma que, “fisicamente, o hotel e o hospital possuem numerosos setores em comum cujas funções são as mesmas, como por exemplo, a lavanderia, a cozinha, a recepção, almoxarifado, restaurante, entre outros” (GODOI, 2004, p. 30).

Taraboulsi (2004, p. 53) nos possibilita traçar um quadro comparativo entre as áreas integrantes de hotéis e hospitais.

| HOTEL | HOSPITAL |
|---|-------------------------------|
| Recepção – <i>check in</i> e <i>check out</i> | Recepção – internação e altas |
| <i>Conciergerie</i> (Portaria Social) | Balcão de Informações |
| Alimentos e Bebidas | Nutrição |
| Lavanderia | Lavanderia |
| Reservas | Agendamento/Programação |

Quadro 1: Serviços em comum (hotel/hospital)

Fonte: Taraboulsi (2004, p. 53)

Outras áreas foram incorporadas aos hospitais nos últimos tempos, tais como restaurantes, floriculturas, farmácias, lojas de conveniência, postos bancários e serviços exclusivos de hotelaria.

A diferença mais significativa entre a hotelaria convencional e os hospitais está relacionada aos seus objetivos, o tipo de profissional que atua dentro de cada instituição e os resíduos produzidos pelos hotéis e pelos hospitais.

Para Boerger, na questão da hotelaria hospitalar deve existir um ponto de equilíbrio na condução das atribuições dos setores médico e hoteleiro.

Dentro de um hospital, a gestão hoteleira deve respeitar as regras e funções hospitalares, adaptando-se a elas. Em contrapartida, as funções hoteleiras devem ser vistas como a tradução da qualidade pela prestação de serviços de atendimento e acolhimento, com base em princípios operacionais e de gestão que devem ser aceitos, entendidos, absorvidos e efetivamente exercidos por todo o corpo hospitalar (BOERGER, 2005, p. 55).

Essa idéia é corroborada por Moraes, Candido e Vieira quando estes afirmam a necessidade de se evitar que a hotelaria hospitalar ultrapasse suas atribuições:

A implantação dos serviços de hotelaria em hospitais traz grandes vantagens, mas algumas precauções devem ser tomadas para que esses serviços não extrapolem sua finalidade, isto é, em vez de solução, se tornem problemas para o administrador hospitalar. (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 53)

Se em um hotel um cliente tem à sua disposição todo o tipo de serviço que lhe proporcione bem-estar e satisfação, no ambiente hospitalar essa disponibilidade tem importância maior, uma vez que a vida do cliente pode depender da presteza com que for atendido.

Com isso, ocorrem modificações nas rotinas departamentais dos hospitais e a reestruturação conceitual de muitos hospitais está mostrando uma nova realidade que chega a resultados que oferecem aos usuários, tanto pacientes como acompanhantes, maior conforto e satisfação (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 47).

Cabe-se ressaltar que o conceito de hotelaria hospitalar é recente no Brasil, tendo sido introduzido há pouco mais de uma década. Para Dias (2003), a hotelaria hospitalar pode ser considerada a infra-estrutura do hospital voltada para o conforto, segurança e bem-estar do cliente externo e interno, buscando transformar o ambiente num ambiente mais acolhedor. Também Godoi corrobora com este pensamento ao afirmar:

Dentro da área da saúde há o agravante de não ser apenas a satisfação envolvida no atendimento, trata-se do bem mais precioso do ser humano, a vida. Principalmente em momentos de extremo estresse ou debilidade física e emocional, o próprio julgamento humano fica prejudicado impedindo muitas vezes uma perfeita avaliação do serviço contratado. Quando a escolha é criteriosa, a hospitalidade da equipe administrativa, médica e de enfermagem possui papel definitivo no tempo de permanência do paciente no hospital e na sua recuperação (GODOI, 2004, p. 19).

Boerger define hotelaria hospitalar como sendo “a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação” (BOERGER, 2005, p. 24).

Visão semelhante sobre o conceito de hotelaria hospitalar tem Godoi (2004). Para o autor, hotelaria hospitalar é “a introdução de técnicas, procedimentos e serviços de hotelaria em hospitais com o conseqüente benefício social, físico, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários” (GODOI, 2004, p. 40).

Para Moraes, Candido e Vieira, a hotelaria hospitalar não pode ser considerada uma entidade, e sim um conjunto de ações praticadas dentro de uma instituição de saúde. Os autores conceituam a hotelaria hospitalar como sendo

a prática de serviços e atividades que visam ao bem-estar, ao conforto, à segurança, à assistência e à qualidade no atendimento a clientes da saúde, representados por pacientes e acompanhantes, desde seu *check-in*⁸ até seu completo *check-out*⁹ em um hospital (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 52)

Como se pode notar, ampliam-se os conceitos da hotelaria hospitalar nos serviços hospitalares. O hospital é normalmente considerado uma instituição fria e impessoal onde o sentimento de envolvimento afetivo entre pacientes e funcionários deve ser evitado a fim de se evitar comprometimentos no tratamento e onde prevalece o comportamento profissional, até como forma de defesa para que os sentimentos pessoais não sejam envolvidos no tratamento. A lida diária da dor e do sofrimento alheio, “pode tornar obtusos os sentimentos pessoais e coletivos de uma parcela significativa dos profissionais que cuidam diretamente dos pacientes” (GODOI, 2004, p. 40).

Pessin (2002) cita o conceito de Callahan¹⁰ que define o sofrimento como sendo “a experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido”.

⁸ O termo “*check-in*” é utilizado na hotelaria para definir os procedimentos de chegada do hóspede no hotel.

⁹ O termo “*check-out*” é utilizado na hotelaria para definir os procedimentos de saída do hóspede no hotel.

¹⁰ Callahan, D. *Setting limits: medical goals in an aging society*. New York: The Hastings Center Institute, 1988.

O autor segue afirmando que situações como as de doenças sérias e prolongadas causam rupturas sociais na vida do paciente, juntamente com a crise familiar, preocupações financeiras, premonições de morte e preocupações que surgem da manifestação de novos sintomas e seus possíveis significados.

Talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores, e entre o paciente e sua família. A qualidade curadora da relação terapêutica pode facilmente ser enfraquecida ou ameaçada quando reações emocionais (negação, raiva, culpa e medo) sentidas pelos pacientes, famílias ou cuidadores não são adequadamente trabalhadas. É claro que está no coração da relação terapêutica entre paciente e cuidadores o cuidado das necessidades de relação e sentido, bem como de uma comunicação honesta e verdadeira.

Para Boerger (2005, p. 92), podemos pensar de que forma a hotelaria hospitalar contribui na recuperação do paciente e na hospedagem do acompanhante, fornecendo satisfação através de experiências vividas com menor dor e preocupação.

Após estas considerações sobre as características da hotelaria hospitalar podemos ser levados a pensar que ela é possível somente em hospitais da rede privada, pois sua implantação demandaria uma grande alocação de recursos humanos e financeiros.

Todavia, a hotelaria hospitalar não é prerrogativa apenas de hospitais particulares, e sua existência também pode ser observada em hospitais públicos, embora, por vezes, com menor expressão.

Godói afirma que a aplicação da hotelaria hospitalar é política e financeiramente mais viável em um hospital privado do que em um hospital público, dependente de políticas governamentais específicas de difícil implantação, sobretudo por motivos financeiros. Mesmo assim, hospitais da rede pública existentes em pontos distintos do Brasil atuam humanizando o atendimento dentro de suas unidades, até mesmo superando hospitais particulares, onde a disponibilidade de recursos financeiros é mais dinâmica (GODOI, 2004, p. 33).

Ao pensarmos em mudanças na arquitetura de um hospital, na implantação da hotelaria hospitalar, os aspectos envolvidos relacionam-se não somente aos clientes de saúde, mas também aos trabalhadores da instituição. O planejamento arquitetônico influencia de forma direta não só na operação, como também na gestão da hotelaria hospitalar. Boerger, citando Tappan (1976), cita a importância que a arquitetura ocupa dentro dos espaços hospitalares:

As necessidades do paciente serão mais facilmente satisfeitas se, por exemplo, o desenho arquitetônico do estabelecimento for apropriado às suas funções, contribuindo para a eficiência terapêutica¹¹ (BOERGER, 2005, p. 29).

Podemos aqui observar o pensamento de Guattari que afirma existir uma relação de inseparabilidade entre corpo e espaço. Os espaços construídos nos interpelam de diferentes pontos de vista estilístico, funcional, afetivo, e que produzem uma subjetivação parcial que “se aglomera com outros agenciamentos de subjetivação” (GUATTARI, 2000, p. 157).

Retomando as análises sobre a hotelaria hospitalar, podemos afirmar que, apesar de muitos aspectos e melhorias propostos pela hotelaria hospitalar necessitarem da aplicação de recursos financeiros, a sua inserção no ambiente do hospital está mais ligada à questão da humanização do ambiente.

Essa idéia é corroborada por Boerger, que afirma:

Sem dúvida, a humanização está diretamente ligada a todas as áreas da hotelaria. Não podemos replicar o excelente tratamento dado ao cliente de um hotel cinco estrelas na internação em um hospital, pois é necessário considerar todas as adaptações no atendimento, levando em conta todos os motivos que levaram o cliente ao hospital. O cliente muitas vezes está debilitado, sonolento, ansioso e, muitas vezes, até mesmo apavorado com o ambiente hospitalar. Os serviços devem considerar a humanização, pois o resultado será bem mais eficaz do que pensar na Hotelaria

¹¹ Tappan, Frances M. Administração hospitalar. Edart, 1976. p. 6

Hospitalar, focando apenas as instalações e o luxo (BOERGER, 2005, p. 26).

De forma análoga, Taraboulsi afirma que o triunfo da hotelaria está na humanização do ambiente hospitalar. Isso pode se dar com “serviços eficientes que encantem, cores suaves, plantas e jardins bem cuidados e, principalmente, pessoas entusiasmadas interagindo com os clientes de saúde, revelando de tal forma o segredo dessa nova proposta que é o sorriso sincero e permanente, marca registrada da satisfação e do amor pelo trabalho realizado” (TARABOULSI, 2004, p. 48).

A questão da humanização no atendimento também é abordada por Moraes, Candido e Vieira (2004) que afirmam que as mudanças que são buscadas dentro dos hospitais devem ter como meta final a humanização dos ambientes destinados a clientes. Os autores destacam ainda que

Na realidade moderna dos hospitais que optaram por mudar, a interação com a sociedade é uma preocupação que leva à humanização. De nada adiantaria a tecnologia de ponta, a informatização dos sistemas e o investimento em áreas físicas se não houvesse a preocupação com as pessoas, com os públicos externo e interno; afinal esse público, representado pelo cliente, está, ao contrário do hóspede de um hotel, internado por necessidade e sempre em situação de estresse. O objetivo de levar aos hospitais algumas técnicas e serviços oriundos de hotéis tem a finalidade de minimizar o desconforto desses clientes tornando sua estada mais agradável (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 50).

Cabe aqui salientar que não devemos imaginar estas condições sob uma ótica parcial e tão somente positiva. Tal demanda de condições pode estar atrelada às investidas de expropriação, maximização e regulação do trabalho imaterial, ou seja, do sujeito do trabalho.

O que podemos perceber então é que a ênfase do atendimento vai para as pessoas. Nesse sentido, os processos humanos deveriam ser criativos e flexíveis e dependeriam de percepções, sentimento e sensibilidade (BOERGER, 2005).

E este pensamento, que descreve o novo perfil do trabalho nos hospitais, vem ao encontro do que foi exposto anteriormente sobre as demandas do trabalho imaterial, sobretudo no pensamento de Lazzarato e Negri (2001).

É interessante destacarmos os resultados que esta pode proporcionar aos hospitais. Para Godoi (2004), ainda, do ponto de vista teórico, a implantação da hotelaria hospitalar permite que sejam minimizados os inconvenientes gerados por uma internação hospitalar como o estresse e os danos psicológicos causadores de traumas nos usuários clientes de serviços de saúde. O autor afirma também que outra consequência gerada é o aumento da demanda por serviços hospitalares de maior qualidade. Isso pode fazer com que se manifeste um maior respeito pela instituição hospitalar junto à comunidade médica e à sociedade de um modo geral, se traduzindo em receita para maiores investimentos e fortalecimento da instituição (GODOI, 2004).

Deste modo, podemos observar que parecem estar embutidas nas preocupações humanizadoras da hotelaria hospitalar, também questões relativas ao retorno financeiro que isso possibilita, o que sem dúvida relaciona-se com as investidas do capital de apropriação e maximização do trabalho imaterial.

2.5 TRABALHO IMATERIAL: DA LÓGICA DA INDÚSTRIA À LÓGICA DAS RELAÇÕES DE SERVIÇO

Segundo Bauman, o trabalho foi considerado o principal valor dos tempos modernos, e dentre as muitas virtudes atribuídas ao seu conteúdo estava a sua “suposta contribuição para o estabelecimento da ordem, para o ato histórico de colocar a espécie humana no comando de seu próprio destino” (BAUMAN, 2001, p. 157).

Ao longo do século XX, o trabalho característico da racionalização capitalista se dava na fusão das idéias tayloristas e fordistas, padrão produtivo que tem em sua base o trabalho fragmentado que demanda pouco ou quase nenhum pensamento ou raciocínio por parte dos trabalhadores, submetendo-os a atividades repetitivas, braçais e com grande número de horas de trabalho.

Assim o trabalho característico do sistema de produção taylorista-fordista é essencialmente material, sendo valorizada a capacidade física do trabalhador. Para Bauman (2001) o fordismo caracteriza a "autoconsciência" da sociedade moderna em sua fase pesada, volumosa, imóvel, enraizada e sólida, estando os trabalhadores presos a uma maquinaria pesada e a uma força de trabalho maciça, permanecendo encarcerados em fábricas enormes.

Depois do período de dominação da sociedade industrial, as características do trabalho passaram a assumir o conceito de intelectualidade, ao contrário do trabalho físico e manual do modelo fordista. A informação assume papel importante dentro do conceito de trabalho imaterial.

O novo caráter assumido passa a compreender a estética do trabalho, onde "espera-se que seja satisfatório por si mesmo e em si mesmo, e não mais medido pelos efeitos genuínos ou possíveis que traz aos nossos semelhantes na humanidade (...)" (BAUMAN, 2001, p. 158).

Mas o trabalho característico do modelo fordista, material, pesado, o trabalho dos operários, não tende a desaparecer. Numericamente até tem aumentado, mas a tendência à valorização do trabalho advém do trabalho intelectual. O trabalho imaterial.

A característica fundamental do novo modo de produção parece consistir no fato de que a principal força produtiva vem a ser o trabalho técnico e científico, na medida mesmo em que este é uma forma mais compreensiva e qualitativamente superior de trabalho social. Em outras palavras, o trabalho vivo se manifesta acima de tudo como trabalho abstrato e imaterial (com relação à qualidade), como trabalho complexo e cooperativo (com relação à quantidade) e como trabalho continuamente mais científico e mais intelectual (com relação à forma) (HARDT e NEGRI, 1994, p. 279).

O trabalho imaterial se caracteriza por demandar um novo tipo de trabalhador, diferente daquele "operário massa" do modo de produção taylorista-fordista, "duplamente massificado: pelos contingentes de forças de trabalho concentrados nas grandes fábricas e pela tendencial indistinção, do ponto de vista da divisão técnica do trabalho, de suas características pessoais, subjetivas" (COCCO, 2001, p. 18).

Para Negri (2003) o trabalho imaterial é aquele baseado na informação e na comunicação ("era da informação"), todavia nem sempre fica compreendido que sua matéria-prima é o ambiente cultural e as atividades intelectuais, comunicativas e afetivas envolvidas no processo e expressas pelos sujeitos e movimentos sociais que conduzem à produção.

Hardt e Negri definem trabalho imaterial como trabalho que produz, entre outras coisas, mas especialmente, serviços:

Como a produção de serviços não resulta em bem material e durável, definimos o trabalho envolvido nessa produção como trabalho imaterial - ou seja, trabalho que produz um bem imaterial, como serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação (HARDT e NEGRI, 2001, p. 311).

Com isso, o produto deste trabalho imaterial não depende mais da relação tradicional de capital, utilizada até então, para ser produzido e também não pertence mais ao capital, pois ele coincide com as próprias relações sociais de cooperação. E o que acontece então é que o capital passa a buscar incessantemente expropriar e maximizar o trabalho imaterial, que é o próprio trabalhador. Lazaratto e Negri descrevem essa transformação do trabalho com a seguinte colocação:

Nessa transformação não é nem o trabalho imediato, executado pelo próprio homem, nem é o tempo que ele trabalha, mas a apropriação de sua produtividade geral, a sua compreensão da natureza e o domínio sobre esta através da sua existência enquanto corpo social - em uma palavra, é o desenvolvimento do indivíduo social que se apresenta como o grande pilar de sustentação da produção e da riqueza (LAZARATTO e NEGRI, 2001, p 28).

Tem-se observado as novas tecnologias operando mudanças nas formas de ver, fazer e sentir a realidade. Existe uma nova demanda de desejos e necessidades por parte dos consumidores, gerando assim uma maior exigência por capital intelectual por parte do trabalhador, e a fonte de produtividade e crescimento reside na geração e valorização de conhecimentos, permeando todas as esferas da atividade econômica e social, através do processamento de informações.

Corroborando com esse pensamento, Cocco (2002) nos apresenta as seguintes colocações:

A passagem para o pós-fordismo indica, antes de tudo, a instalação de novas relações entre a fábrica e o território, entre as forças de trabalho e a sociedade, entre os serviços e os usuários. O paradigma fundamental do pós-fordismo como modo de produção largamente socializado, baseado, portanto, sobre a comunicação social (esta é que alimenta a inovação, as tecnologias da informação e a chamada economia do conhecimento) de atores flexíveis e móveis, é o do trabalho imaterial. O paradigma pós-fordista define-se como "paradigma social" exatamente porque o novo modo de produção integra estes dois momentos e faz com que a circulação e a comunicação se tornem imediatamente produtivas.

Assim, a mercadoria pós-industrial, resultante do trabalho imaterial, é o produto de um processo de criação não só por parte de quem produz, mas também com a participação de quem a irá consumir (Lazzarato e Negri, 2001).

Hardt e Negri afirmam que essa mudança de lógica se dá no sentido de uma melhor comunicação entre a produção e o consumo de mercadorias, passando a existir uma passagem de informação entre a fábrica e o mercado, que não era permitida pelo modelo taylorista-fordista, uma vez que "o modelo fordiano construiu uma relação relativamente 'calada' entre a produção e o consumo" (HARDT e NEGRI, 2001, p. 310).

O que ocorre então dentro do processo de produção imaterial é uma antecipação aos desejos do consumidor, idéia corroborada por Santos (2002, p. 48), quando declara que "as empresas hegemônicas produzem o consumidor antes mesmo de produzir os produtos".

Lazzarato e Negri avaliam a questão dos serviços, afirmando que “a superação da organização taylorista dos serviços é caracterizada pela integração da relação entre produção e consumo, o consumidor intervém de maneira ativa na constituição do produto” (LAZARATTO e NEGRI, 2001, p. 44).

Ao pensarmos sobre as questões inseridas nos serviços de saúde, objeto de nosso estudo, observa-se que é possível fazermos analogias que facilitam a compreensão de como, em uma situação ideal, este tipo de serviço pode se desenvolver, sobretudo com a inserção do conceito de hotelaria hospitalar.

É no cruzamento desta relação produção/consumo que está o trabalho imaterial:

É o trabalho imaterial que inova continuamente as formas e as condições da comunicação (e, portanto, do trabalho e do consumo). Dá forma e materializa as necessidades, o imaginário e os gostos do consumidor. E estes produtos devem, por sua vez, ser potentes produtores de necessidades, do imaginário, de gostos. A particularidade da mercadoria produzida pelo trabalho imaterial está no fato de que ela não se destrói no ato do consumo, mas alarga, transforma, cria o ambiente ideológico e cultural do consumidor. Ela não reproduz a capacidade física da força de trabalho, mas transforma o seu utilizador (LAZARATTO e NEGRI, 2001, p. 46).

Negri e Hardt classificam o trabalho imaterial em três tipos:

O primeiro está envolvido numa produção industrial que foi informacionalizada e incorporou tecnologias de comunicação de um modo que transforma o próprio processo de produção(...). O segundo é o trabalho imaterial de tarefas analíticas e simbólicas, que se divide na manipulação inteligente e criativa de um lado e nos trabalhos simbólicos de rotina do outro. Finalmente, a terceira espécie de trabalho imaterial envolve a produção e a manipulação de afetos e requer contato humano bem como trabalho do tipo físico (NEGRI e HARDT, 2003, p. 314).

Outra questão abordada pelos autores Lazzarato e Negri diz respeito aos processos de subjetivação e sua importância dentro do trabalho imaterial. Afirmam que, sendo hoje a produção decorrente diretamente da produção de relação

social, a “matéria-prima” do trabalho imaterial vem a ser a subjetividade. Idéia corroborada por Lazzarato (2002), quando afirma que esse novo ciclo de produção apresenta como principais características a produção em ciclo curto e a produção de subjetividade.

A produção desta subjetividade deixa de ser somente “um instrumento de controle social (pela reprodução das relações mercantis) e torna-se diretamente produtiva, porque em nossa sociedade pós-industrial o seu objetivo é construir o consumidor/comunicador. E construí-lo ‘ativo” (LAZARATTO e NEGRI, 2001, p. 46-47).

Para Guattari (1992), a construção da subjetividade está alinhada com a idéia de que o sujeito é historicamente constituído. Assim, sua construção está vinculada ao contexto social, cultural, econômico e político no qual está inserido. Desta forma, não somente a dimensão cognitiva é formulada no meio social, mas também as dimensões afetivas, perceptivas e outras da subjetividade encontram-se modeladas dentro deste contexto.

Assim, a subjetividade passa a ser o elemento central da produção imaterial, transformando-se em diferencial. A partir de agora é preciso fazer acreditar, criar uma opinião sobre o que é produzido. Um ambiente deve ser criado no sentido de fazer consumir, criar o desejo de consumo. E nesse processo, a “alma” do trabalhador na empresa deve estar envolvida, e não somente a sua capacidade de executar tarefas. A criatividade, a iniciativa e a inovação devem ser estimuladas no processo produtivo.

E este comportamento do novo trabalhador, relacionando-se com o consumidor, ocorre dentro de um modelo de “produção estética” (autor/reprodução/recepção) descrito por Lazzarato e Negri:

Este modelo permite considerar alguns elementos particulares que a utilização das categorias econômicas arriscariam cancelar, e que, como se verá, constituem a “diferença específica” do modo de produção pós-taylorista. O modelo de produção “estético-ideológica” será transformado em um pequeno modelo sociológico (...). O “autor” perde a sua dimensão individual e se transforma em um processo de produção organizado industrialmente (com divisão do trabalho, investimento, comando, etc.); a “reprodução” torna-se uma

reprodução de massa organizada segundo os imperativos da rentabilidade; o público (recepção) tende a tornar-se consumidor/comunicador. É neste processo de socialização/subsunção no econômico da atividade intelectual que o produto "ideológico" tende a assumir a forma de mercadoria (LAZARATTO e NEGRI, 2001, p. 48-49).

Segundo Pelbart, é preciso requisitar dos trabalhadores "sua inteligência, sua imaginação, sua criatividade, sua conectividade, sua afetividade - toda uma dimensão subjetiva e extra-econômica antes relegada ao domínio exclusivamente pessoal e privado" (PELBART, 2003, p. 24).

Uma vez que o produto do trabalho imaterial tenha a característica ideológica, o envolvimento dos afetos do trabalhador proporciona novas formas relacionais no processo produtivo. É reconhecida a importância da função que as emoções desempenham na atenção cognitiva, na percepção, na cognição, na motivação, na aprendizagem e na criatividade do ser humano, bem como os resultados de sua utilização no trabalho. Como Hardt e Negri afirmam, "o que o trabalho afetivo produz são redes, formas comunitárias, biopoder" (HARDT e NEGRI, 2001, p. 314).

Pelbart (2003, p. 23) corrobora com esse pensamento afirmando que nessa nova forma econômica, a subjetividade não vem a ser "efeito ou superestrutura etérea, mas quantidade social, potência psíquica e política".

A qualificação para o trabalho é definida por esta flexibilização, assim como as formas de sujeição e adaptação do trabalhador aos objetivos da organização. As novas formas de gestão buscam a gestão das subjetividades dos trabalhadores, provocando a internalização das metas e objetivos da empresa.

Retomando o relacionamento destas idéias com a área da saúde, vemos que as novas competências na sociedade do conhecimento devem ser capazes de proporcionar inovações técnicas e soluções no processo comunicativo dentro da organização do trabalho. Níveis cada vez maiores de cooperação e de subjetividade nos locais de produção (ou prestação de serviços) são requeridos, e, sobretudo, entre esses locais e as redes de comunicação e consumo. Seu funcionamento deriva de uma consonância

com diversificadas redes existenciais, criando e recriando, em um mesmo momento, sociabilidade e subjetividade.

Corroborando com esta questão, Hardt e Negri afirmam:

A outra face do trabalho imaterial é o trabalho afetivo do contato e a interação humanos. **Serviços de saúde**¹², por exemplo, baseiam-se essencialmente em cuidados e trabalho afetivo, e a indústria do entretenimento está, da mesma forma, centrada na criação e manipulação de afeto. Esse trabalho é imaterial, mesmo quando físico e afetivo, no sentido de que seus produtos são intangíveis, um sentido de conforto, bem-estar, satisfação, excitação ou paixão. Categorias como “serviços pessoais” ou serviços de proximidade são com frequência usadas para identificar esse tipo de trabalho, mas o que realmente importa são a criação e a manipulação de afeto (HARDT e NEGRI, 2001, p. 313-314).

Trazendo o pensamento de Pitta sobre o trabalho de assistência realizado dentro das instituições de saúde, observa-se as características do novo modelo de produção. A autora afirma que

a assistência direta ao paciente impõe um fluxo contínuo de atividades, que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha da ocupação (refiro-me aos ajustes que o psiquismo de cada um estabelece para alcançar um grau mínimo de satisfação com as profissões escolhidas) ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas. (PITTA, 1991, p. 62)

Assim, é possível observarmos a relação que se estabelece entre os conceitos de trabalho imaterial e os serviços de saúde. A abordagem da hotelaria hospitalar se enquadra com o pensamento dos autores citados, sobretudo pelo fato de propor uma humanização nos serviços, manipulando os afetos e desejos dos consumidores.

¹² Grifo do autor

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 MÉTODO

O presente trabalho se desenvolveu dentro das características de um estudo de caso conduzido dentro de um hospital privado de grande porte, reconhecido como padrão de referência na comunidade.

Por estudo de caso compreende-se uma estratégia de pesquisa que busca examinar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, revelando-se apropriado para investigação de processos (YIN, 2001).

Os estudos de caso representam a melhor estratégia de pesquisa quando se colocam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador “tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2001, p. 19).

Após terem sido cumpridos todos os requisitos exigidos pela empresa, a solicitação para a realização desta pesquisa no Hospital Mãe de Deus (em anexo) foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética do hospital em 28 de julho de 2006. A autorização foi confirmada em 22 de agosto de 2006 e o início das entrevistas se deu em 9 de outubro de 2006, ilustrando o quão complexa se mostra a possibilidade de pesquisa em instituições peculiares como um hospital.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são gestores e trabalhadores do Hospital Mãe de Deus. Os 23 entrevistados pertencem aos seguintes setores do hospital: recursos humanos, nutrição, recepção (núcleo de relacionamento com o cliente), higienização, housing, marketing, programa “Médicos Mãe de Deus”, direção e serviços terceirizados. Dentro de cada setor buscou-se entrevistar trabalhadores e gestores a fim de compreender-se não apenas como a hotelaria hospitalar é pensada em termos de gestão no Hospital Mãe de Deus, mas também como ela é assimilada pelos trabalhadores e suas repercussões no cotidiano do hospital.

A escolaridade dos entrevistados varia de ensino médio a pós-graduação. Sua apresentação se dá no quadro a seguir:

| ENTREVISTADO | SEXO | FUNÇÃO |
|--------------|-----------|-------------|
| A | FEMININO | GESTOR |
| B | FEMININO | TRABALHADOR |
| C | FEMININO | TRABALHADOR |
| D | MASCULINO | TRABALHADOR |
| E | MASCULINO | TRABALHADOR |
| F | FEMININO | GESTOR |
| G | FEMININO | TRABALHADOR |
| H | FEMININO | TRABALHADOR |
| I | FEMININO | TRABALHADOR |
| J | FEMININO | TRABALHADOR |
| K | FEMININO | GESTOR |
| L | FEMININO | GESTOR |
| M | FEMININO | TRABALHADOR |
| N | FEMININO | GESTOR |
| O | FEMININO | GESTOR |
| P | MASCULINO | GESTOR |
| Q | MASCULINO | GESTOR |
| R | FEMININO | GESTOR |
| S | MASCULINO | GESTOR |
| T | FEMININO | TRABALHADOR |
| U | FEMININO | TRABALHADOR |
| V | FEMININO | TRABALHADOR |
| X | FEMININO | TRABALHADOR |

Quadro 2: Participantes da pesquisa

Optou-se por apresentar os participantes da pesquisa dessa forma como forma de preservar sua identificação e, ao mesmo tempo, possibilitar ao leitor uma idéia da origem das falas apresentadas.

A seleção dos entrevistados foi feita com o apoio da área de recursos humanos, sobretudo a coordenação da Universidade Corporativa do hospital. Os entrevistados de cada setor foram indicados por seus responsáveis, dentro da disponibilidade técnica e de tempo. Nesse sentido cabe referir a dificuldade encontrada pelo pesquisador no agendamento de algumas entrevistas, tendo em vista a dinâmica do trabalho hospitalar e a importância que seus trabalhadores e gestores ocupam dentro de todos os processos. Estes foram também motivos, entre outros, para a não contemplação de entrevistados representantes da área assistencial do hospital.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa realizou-se da seguinte forma:

- Entrevistas semi-estruturadas com os 10 gestores e 13 trabalhadores da instituição hospitalar, buscando observar-se a composição das práticas laborais dentro do ambiente hospitalar realizada nas áreas abordadas pela pesquisa. No que diz respeito às práticas laborais manteve-se como foco principal de atenção a relação estabelecida com os pacientes e as características inerentes ao trabalho realizado. Como os setores eram diversos, com algumas atividades bastante diferenciadas, não existiu um roteiro único de entrevistas. Deste modo, para cada setor, o pesquisador privilegiou questões dentro de características específicas que se apresentavam;
- Observações assistemáticas: objetivando observar e analisar de que modo os trabalhadores incorporam os conceitos da hotelaria hospitalar na sua

relação com os pacientes e acompanhantes, foram feitas algumas observações do modo como os trabalhadores conduziam seu trabalho;

- Fontes documentais: as fontes documentais foram utilizadas como forma de apoio, especialmente no que diz respeito à caracterização do campo de pesquisa e das transformações ocorridas nas políticas e modos de gestão do hospital. Foram utilizados relatórios, artigos publicados em revistas diversas, pesquisas internas, websites, folders e publicações da instituição, além de livro institucional.
- Documentos fotográficos: as fontes utilizadas foram o acervo fotográfico do Hospital Mãe de Deus, gentilmente cedido por sua responsável, bem como os registros fotográficos realizados pelo pesquisador ao longo da pesquisa. O registro fotográfico considerou a privacidade e o respeito aos pacientes do hospital.

Os quadros a seguir representam um esquema das formas utilizadas para a coleta de dados.

| ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS | | |
|---|----------------------|---|
| OBJETIVO | SUJEITOS | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar e analisar o conceito de hotelaria hospitalar adotado pela gestão do hospital. | Gestores do hospital | Entrevistas semi-estruturadas, gravadas com permissão, com posterior transcrição. |

Quadro 3: Coleta de Dados: entrevista semi-estruturada

| OBSERVAÇÃO ASSISTEMÁTICA | | |
|---|--------------------------------------|--|
| OBJETIVO | SUJEITOS | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar e analisar de que forma os trabalhadores incorporam o conceito de hotelaria hospitalar na sua relação com os pacientes. | Gestores e trabalhadores do hospital | Observação assistemática e registro de condutas nas práticas laborais. |

Quadro 4: Coleta de Dados: observação assistemática

| REGISTROS FOTOGRÁFICOS | | |
|---|-----------------|--|
| OBJETIVO | SUJEITOS | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS |
| <ul style="list-style-type: none"> Identificar as transformações arquitetônicas do ambiente hospitalar na perspectiva da hotelaria hospitalar e do trabalho imaterial. | - | Acervo fotográfico da instituição hospitalar bem como registros realizados pelo pesquisador. |

Quadro 5: Coleta de Dados: registros fotográficos

| Formas conjuntas de coletas de dados | | |
|---|--------------------------------------|---|
| OBJETIVO | SUJEITOS | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS |
| <ul style="list-style-type: none"> Elucidar quais os possíveis modos de expressão que assume o trabalho imaterial na atual configuração das práticas laborais do hospital. | Gestores e trabalhadores do hospital | <p>Entrevistas semi-estruturadas, gravadas com permissão, com posterior transcrição.</p> <p>Observação assistemática e registro de condutas nas práticas laborais.</p> <p>Acervo fotográfico da instituição hospitalar e registros realizados pelo pesquisador.</p> |

Quadro 6: Coleta de Dados: formas conjuntas

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

No processo de análise dos dados foram novamente observados os preceitos de Yin (2001, p. 131): "consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas ou, do contrário, recombinar as evidências, tendo em vista proposições iniciais de um estudo". Assim, os dados colhidos e os resultados da pesquisa foram analisados à luz do referencial teórico pertinente. Entende-se que a utilização deste procedimento metodológico proporcionou a contemplação dos objetivos apresentados pela pesquisa.

Os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas e das fontes documentais sofreram análise de conteúdo, seguindo as etapas propostas por Triviños (1995):

- pré-análise - consiste na organização do material. As fontes documentais e os conteúdos transcritos das entrevistas, bem como toda a leitura realizada anteriormente, foram organizados objetivando a fase seguinte;
- descrição analítica - consiste no estudo aprofundado do material organizado na fase anterior. Nesta fase, foi realizada uma leitura em profundidade do material, buscando definir-se categorias de análise a fim de contemplar-se os objetivos definidos na pesquisa;
- interpretação inferencial - consiste na reflexão, com embasamento no material teórico, estabelecendo relações com a leitura anterior.

A análise qualitativa procurou observar as proposições teóricas que levaram ao desenvolvimento deste estudo de caso, sendo norteado pelos objetivos definidos. A idéia é manifestada por Yin (2001, p. 133), quando o autor afirma:

Os objetivos e o projeto originais de estudo baseiam-se, presumivelmente, em proposições como essas, que, por sua vez, refletem o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir.

A seguir, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 HOSPITAL MÃE DE DEUS: HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CAMPO DE PESQUISA.

A presente pesquisa ocorreu no Hospital Mãe de Deus, instituição privada de saúde. Julgou-se que o hospital, por sua história e características de gestão, proporcionou um campo adequado para o atendimento dos objetivos propostos pela pesquisa, norteadas pelas questões e referencial teórico apresentados anteriormente.

As origens do Hospital Mãe de Deus estão ligadas ao trabalho desenvolvido pelo religioso italiano João Batista Scalabrini, Bispo de Piacenza, Itália, e de seus seguidores, Padre José Marchetti e Madre Assunta Marchetti, que, em 1895, ajudaram a construir a Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo-Scalabrinianas. No Rio Grande do Sul, a Congregação Carlita Scalabriniana se instalou no ano de 1915, na cidade de Caxias do Sul. A vinda das Irmãs para o Estado, originou a Província Imaculada Conceição, fundada em 1962 sob a denominação de Sociedade Educadora e Beneficente do Sul. Posteriormente passou a chamar-se Associação Educadora São Carlos, entidade mantenedora do Hospital Mãe de Deus.

A história do Hospital Mãe de Deus tem início com o jesuíta Luiz Gonzaga Jaeger, que foi durante vários anos o capelão do Hospital São Manoel, localizado na Avenida Independência, em Porto Alegre. Na época, este hospital era atendido pelas Irmãs Carlitas nas áreas de enfermagem, maternidade e outros serviços. Padre Jaeger tinha em sua rotina visitas por alguns hospitais da cidade, entre eles

a Santa Casa, São Francisco e Beneficência Portuguesa. Nestes locais encontrava quadros preocupantes na questão da assistência. Ao mesmo tempo, no hospital São Manoel observava a forma como as religiosas desempenhavam suas funções e passou a acreditar que as Irmãs possuíam condições para construir, administrar e operar um hospital próprio da Congregação. Definia essa forma de trabalhar como "caridoso e humanístico trabalho social corporal, moral e espiritual". Observava também que a dedicação "ultrapassava os doentes, estendendo-se ao pessoal de serviço, mantendo a disciplina em um ambiente sereno e confortável" (PEREIRA, 1990, p. 36).

De 1960 a 1962 o religioso insistiu junto à Madre Superiora Provincial sobre a possibilidade da construção do hospital, comprometendo-se a encontrar o imóvel adequado para a obra, sem contudo obter a aprovação.

Em 1962, Padre Jaeger encontrou a Irmã Maria Jacomina Veronese, que até então, dentro da congregação, havia se dedicado às atividades de fundadora, professora e diretora de escola, com nenhum conhecimento na área hospitalar. Irmã Jacomina com sua experiência de secretária e conselheira na Província, contribuiria para iniciar o trabalho administrativo-burocrático que levou à obra hospitalar.

Irmã Jacomina acabou aceitando o desafio no final do ano de 1963, face à insistência de Padre Jaeger. No início do ano seguinte, o religioso faleceu, sem antes sugerir um nome para o novo hospital: "Mãe de Deus". Coube à Irmã Jacomina dar continuidade ao projeto.

Em setembro de 1964 é encontrada obra abandonada na rua José de Alencar, número 286, no Bairro Menino Deus, em Porto Alegre. As obras estavam abandonadas desde o final dos anos 50 e haviam sido projetadas para abrigar um hospital neurológico, num projeto liderado pelo então reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor Eliseu Paglioli. As obras tinham se desenvolvido pouco, tendo avançado apenas duas lajes. O entrevistado O relata a seguir a sua impressão ao se deparar com o local escolhido:

Tinha pedra, era um *banhadão* aqui porque ainda não tinha sido dragado o Guaíba, era baixo...Eu fiquei apavorada porque tinha tudo que era ruim.



Figura 4: Vista da área adquirida para a construção do hospital

Fonte: Acervo Hospital Mãe de Deus

Após diversas negociações para obter a aprovação Provincial e os recursos necessários para a aquisição do imóvel, a escritura de posse é finalmente assinada no mês de abril do ano seguinte. Ainda no mesmo ano de 1965, é inaugurado num pequeno prédio de dois andares, parte integrante da área adquirida, o ambulatório, dedicado ao atendimento dos mais necessitados. O serviço era prestado por algumas irmãs que eram estudantes, e por uma irmã enfermeira, com curso superior de enfermagem. Alguns médicos voluntários se incorporaram ao projeto. Irmã Jacomina passa então a peregrinar pelo centro do país na busca de recurso e, segundo o entrevistado O, a instalação do ambulatório “ajudou ela (Jacomina) a ser acreditada lá em Brasília, que ela estava construindo de fato um hospital...o ambulatório estava em pleno e regular funcionamento porque ela conseguiu médicos voluntários, enfermeiras...”.



Figura 5: Vista do Ambulatório em 1965

Fonte: Acervo Hospital Mãe de Deus

A religiosa também buscou recursos no exterior, visitando Europa e Estados Unidos, onde obteve consideráveis recursos financeiros para a construção do hospital. Usou de todos os artifícios para angariar fundos, entre eles rifas e jantares. Muitos dos recursos arrecadados eram destinados a saldar dívidas contraídas anteriormente.

As obras seguiram no ritmo propiciado pela arrecadação de recursos, permanecendo paralisadas por diversos períodos. Em 1974, o Dr. Rainer Hermann assumiu o cargo de administrador hospitalar, dando novo impulso ao projeto. Naquele ano, a estrutura com dez andares já se encontrava erguida e o décimo andar funcionava como moradia para as Irmãs. Hermann deparou-se com um quadro complexo, pois até então não havia uma definição concreta do público-

alvo do hospital, apesar das características estruturais projetadas. Caso se destinasse ao atendimento pela Previdência Social, jamais haveria retorno no investimento feito. O administrador declarou:

Chegaram a chamar as Irmãs de loucas, porque à época, hospitais de mesma categoria, com o mesmo tipo de clientela, estavam enfrentando dificuldades financeiras. Mas de qualquer modo havia a necessidade de iniciar logo as atividades hospitalares não só para justificar os pedidos de verbas e possibilitar a continuidade das obras como para o hospital marcar presença na carente Zona Sul, que necessitava de atendimento hospitalar (FERREIRA, 1990, p. 36)

Em 1978 passou a se estruturar no nono andar uma unidade geriátrica chamada de “Unidade de Repouso”, que ocupava 20 apartamentos. Logo a seguir, vem a data que marca o início das atividades do Hospital Mãe de Deus: 1º de junho de 1979. A partir de então novos convênios foram firmados e ano após ano o hospital apresentava um novo andar concluído.

Em 1984, já com oito dos dez andares concluídos e toda infra-estrutura em fase de conclusão, o Hospital Mãe de Deus sofreu duas grandes perdas. Inicialmente, o Dr. Hermann, após dez anos de trabalho em parceria com Irmã Jacomina, afastou-se da função de administrador do hospital. Menos de dois meses após seu afastamento, morreu Irmã Jacomina. Um pouco antes de seu falecimento, segundo o entrevistado O, ocorreu uma reunião que é descrita da seguinte forma:

Nessa sala nós tivemos uma reunião com ela, aqui antes dela sair. Refez as recomendações, de que o paciente tinha que ser bem tratado no hospital Mãe de Deus pois iria se diferenciar em vários aspectos. Pelo bom atendimento em todos os aspectos, técnico, humano e espiritual. Ele teria que ser um hospital de boa qualidade, bom atendimento e vivência dos valores humanos e cristãos. Que ele chegasse a ser um hospital de referência. E de fato ela foi a Brasília e no dia 30 de agosto ela faleceu lá...

O mesmo entrevistado declara, referenciando-se ao trabalho de Irmã Jacomina que “o Hospital Mãe de Deus existe por causa dela”.

A partir de então, segue a missão da conclusão do hospital e a chegada do Dr. Cláudio Serefin é fator importante para que isso aconteça. A estrutura organizacional do hospital é implantada. São definidos um planejamento estratégico e as diretrizes da instituição, sempre em atuação conjunta com a instituição mantenedora. Com as obras praticamente encerradas e sem a necessidade dos recursos e auxílios governamentais ou de instituições particulares, havia a necessidade do hospital definir-se como uma organização auto-sustentável. É neste momento que a proposta de Irmã Jacomina, a de oferecer um hospital com um tipo diferenciado de atendimento, foi implantada.

A idéia de que o hospital pudesse buscar uma posição de destaque no mercado, unindo eficiência técnica com eficiente atendimento físico e espiritual. Levando em contas estes ideais, o Hospital Mãe de Deus define sua missão da seguinte forma:

Promover a adequada e eficiente assistência física e espiritual, dentro da finalidade da Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo - Scalabrinianas, através de um eficiente desempenho técnico-administrativo, do aperfeiçoamento dos recursos disponíveis apoiados em um relacionamento interpessoal, humano e cristão (PEREIRA, 1990, p. 91).

Em 1989 um grupo de integrantes do hospital viajou para os Estados Unidos para visitar o renomado Cleveland Clinic, considerado um dos três melhores hospitais norte-americanos¹³. De lá trouxeram conhecimento e novas idéias, entre elas a da construção de um centro clínico nas proximidades do hospital. O mesmo deveria reunir uma estrutura de consultórios médicos e de hotelaria para pacientes que não necessitassem de internação e maiores cuidados, além de seus familiares. A idéia era manter a estrutura hospitalar voltada para o atendimento de pacientes de maior gravidade e complexidade, já que estes exigiam mais recursos tecnológicos, humanos, e de infra-estrutura.

O Hospital Mãe de Deus já possuía um terreno localizado nos fundos do hospital, na Rua Costa, e ali foi erguido o Centro Clínico Mãe de Deus, inaugurado em 1996, onde estão localizados 58 conjuntos de consultórios, em sistema de

¹³ Fonte: U.S. News & World Report – America's Best Hospitals Survey - 2006

condomínio, reunindo cerca de 130 médicos de mais de 30 especialidades. Os consultórios do Centro Clínico interligam-se entre si e com o Hospital Mãe de Deus através de um sistema informatizado. Esta estrutura permite que os médicos acessem as demais especialidades e os recursos de tratamento e diagnóstico do próprio hospital. No hall central do prédio, localizam-se lojas de conveniências, serviços de exames, farmácia, coffee-shop e lojas de utilidades.

No ano de 2000 surge a concepção do Mãe de Deus Center. Da idéia inicial de construir-se um novo hospital, desencadeou-se um projeto de ambulatório, numa região escassa de serviços de saúde. Assim, o projeto passou a reunir num centro de atendimento de saúde integrado, profissionais de várias especialidades médicas e odontológicas. A estrutura de nove andares é composta por ambulatórios e hospital-dia de pequeno porte, com cirurgias de pequena e média complexidade, emergências e pronto atendimento, sem internação prolongada com unidades de internação de 24 horas. O Mãe de Deus Center localiza-se no número 569 da Rua Soledade, Bairro Três Figueiras, em Porto Alegre. É parte integrante do Complexo Empresarial America Business Square, que congrega um hotel, centro de convenções, restaurantes, escritórios, lojas temáticas de saúde, além de outras facilidades.

Também dentro de características de inovação, em 2004 o Hospital Mãe de Deus lançou a primeira universidade corporativa da área hospitalar no país. A Universidade Corporativa Mãe de Deus (UCMD) promove eventos que visam a qualificação dos processos médico-assistenciais e de seus condutores. Além de oferecer cursos ao público interno do sistema de Saúde Mãe de Deus, a partir de 2005 a Universidade Corporativa Mãe de Deus passou a disponibilizar, em parceria com centros acadêmicos de nível superior, produtos voltados ao mercado, como programa de estágios, consultorias, cursos de extensão e de pós-graduação em nível de especialização e mestrado. Desde sua fundação, em parceria com a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul participa do Programa de Qualificação de Gestão Hospitalar, cujo modelo de gestão já foi disponibilizado para 53 hospitais do interior do Estado do Rio Grande do Sul e começa a expandir-se para outros Estados da União.

Outra característica marcante dentro do Hospital Mãe de Deus é o serviço da Pastoral da Saúde, presente no hospital desde sua fundação. O programa trabalha no atendimento aos pacientes e seus familiares, desenvolvendo ações no contexto hospitalar relacionadas à humanização e solidariedade. No serviço são desenvolvidos dois programas: espiritual e psicossocial, que busca dar suporte espiritual aos pacientes, familiares e funcionários nas situações de doença e sofrimento.

O Hospital Mãe de Deus, juntamente com os hospitais beneficentes Santa Luzia (Capão da Canoa), Nossa Senhora aparecida (Muçum), Nossa Senhora dos Navegantes (Torres), Hospital de Campo Bom Dr. Lauro Reis (Campo Bom), e Hospital Giovanni Batista (Porto Alegre), além de duas unidades de saúde comunitária (Vila Gaúcha e Unidade Móvel), compõe o chamado Sistema de Saúde Mãe de Deus.

O Hospital Mãe de Deus, participa no Sistema Mãe de Deus de Saúde como integrante e responsável pela gestão estratégica. Em sua função de liderança no sistema, repassa às demais entidades componentes recursos, conhecimento e tecnologia.

À época da realização desta pesquisa o hospital Mãe de Deus possuía aproximadamente 1.800 funcionários. O cadastro do corpo clínico do hospital apresentava mais de 3.400 médicos credenciados, dos quais cerca de 150 estabelecidos no Centro Clínico Mãe de Deus e mais 400 atuando como médicos efetivos do corpo clínico do Hospital Mãe de Deus.

Cabe-se destacar ainda reconhecimentos recebidos pelo Hospital Mãe de Deus ao longo dos últimos anos. No ano de 2004 recebeu os prêmios Top Cidadania e Top Ser Humano (Associação Brasileira de Recursos Humanos - ABRH-RS). Em 2005, Top Hospitalar, Top de Marketing e Top of Mind (Revista Amanhã) e no ano de 2006 Top of Mind - realizada pela revista Amanhã Top Ser Humano/ABRH-RS. Top de Marketing ADVB (Associação dos Dirigentes de Vendas e Marketing do Brasil), a Assembléia Legislativa conferiu ao hospital o Certificado de Responsabilidade Social, Top Consumidor conferido pelo INEC (Instituto Nacional de Educação do Consumidor e do Cidadão).

O Hospital Mãe de Deus destaca-se também por possuir o Certificado de Acreditação em Excelência Hospitalar, processo de avaliação da qualidade assistencial feito através da análise dos recursos e processos organizacionais. A avaliação é realizada através de certificação, conforme os padrões definidos no Manual de Acreditação Hospitalar do Sistema Brasileiro de Acreditação, promovida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) do Ministério da Saúde. O hospital é o primeiro do Rio Grande do Sul a receber esse nível de certificação.

4.2 O TRABALHO NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO HOSPITAL MÃE DE DEUS

No que diz respeito ao hospital enquanto organização, tem-se que ele forma o quadro social de referência no qual se inscrevem os fenômenos humanos, onde numa parte encontramos um subsistema estrutural e material e em outra um subsistema simbólico. O primeiro subsistema remete aos meios materiais que asseguram a função de produção de bens ou de serviços. O segundo subsistema remete ao universo das representações individuais e coletivas. Estas, por sua vez, darão sentido às ações, interpretando, organizando e legitimando as atividades e as relações (CHANLAT, 1996).

Durante a pesquisa observou-se manifestações da forte influência da organização sobre os modos de agir e pensar dos trabalhadores. Chanlat nos traz o pensamento de que o nível organizacional introduz as dimensões que lhe são apropriadas e que influenciam as condutas humanas que são observadas internamente. Para o autor, as exigências econômicas do ambiente, os modos de dominação utilizados, a história da organização, os universos culturais que se cruzam, as características sociodemográficas do pessoal dão a cada organização uma configuração singular e influenciam os modos de ser individuais e coletivos.

Ao produzirem modos de ser e de se colocarem no mundo, essas dimensões associam-se aos modos de subjetivação (Rolnik e Guattari, 1996), uma vez que a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo, sendo ela essencialmente fabricada e modelada no registro do social.

As origens e a história do Hospital Mãe de Deus possuem papel relevante. Apesar das transformações pelas quais passou o hospital, atualmente constata-se a predominância de um discurso que se mantém atrelado à idealização do hospital e seu forte apelo religioso, mantendo “um certo ar de sagrado” (Entrevistado Q), como se verá mais adiante. Essa constatação provém de manifestações que podem ser exemplificadas pelas falas a seguir:

Ela (Irmã Jacomina Veronese, idealizadora do Hospital Mãe de Deus) tinha muito em vista a missão da congregação. E como eles expressavam a vivência dos valores humanos em questão. Era por ser uma instituição religiosa e eles sentiam uma grande responsabilidade. O hospital foi feito e foi incluído dentro destes valores (Entrevistado O).

E também:

Então, a minha missão é **custodiar**¹⁴ essa missão institucional, a qualificação dos serviços, os valores que devem ser imprimidos, **incutidos dentro dos nossos colaboradores**, principalmente os valores éticos, os **valores solidários**, os valores, assim, da **espiritualidade que move a pessoa**. Acho que tem que sinalizar que existem coisas que precisam ser melhoradas. Mesmo porque esses 2.000 trabalhadores que estão conosco, mais os 3.000 médicos que passam pelo Mãe de Deus, nós não podemos estar ao lado deles. De cada um deles, a todo momento. Mas procuramos sistematicamente, área por área, conduzir um processo de renovação das pessoas. Uma outra coisa que eu desejo é que cada pessoa se sinta ela importante. E ela precisa se construir. E acredite que ela tem potencial. Não é simplesmente fazer o que o Diretor manda, o que o gestor manda, o que a irmã pediu que fosse feito. Mas mostrar para ela que ela tem condições de desenvolver o seu potencial e, com o desenvolvimento deste seu potencial, ela ajuda um mundo de gente que vem ao Mãe de Deus (Entrevistado R).

¹⁴ Grifo do autor para ressaltar a importância da fala à análise apresentada. Essa mesma prática será recorrente nas próximas falas dos entrevistados.

O trecho final da fala do entrevistado R relaciona-se ao trabalho imaterial que é inerente ao trabalhador e passou a ser valorizado como diferencial às organizações.

Este discurso recorrente em todos os níveis hierárquicos no hospital, exemplifica um modo de subjetivação alicerçado em valores que transpõe as fronteiras da religião e mobilizam os trabalhadores para o trabalho a partir de sua própria intimidade. Também Corrêa e Teixeira (2000), ao realizarem pesquisa sobre os processos de gestão e a conformação da subjetividade do trabalhador, concluíram que o sistema de gestão pesquisado era inovador na medida em que buscava conformar a subjetividade dos seus trabalhadores "de forma articulada, sistêmica", através da "interação de fatores técnicos, políticos, culturais, econômicos, psicológicos".

Concretamente, isso se faz observar num programa intitulado "Médicos Mãe de Deus". A respeito desse programa são tecidos comentários como:

Se tu ficares meia hora assim tu vai perceber o quanto eles gostam de vir pra cá. Eles gostam de vir aqui, eles gostam de sentar, de conversar, de pesquisar, porque eles não tinham um espaço. E é importante porque a gente houve comentários. Agora está melhor para eles (Entrevistado B).

O mesmo entrevistado manifesta também as possibilidades deste programa como forma de legitimar as características do hospital perante profissionais que ainda não fazem parte do corpo funcional:

O que nós queremos? Que estes médicos venham pra cá e que os nossos médicos não saiam daqui. Então o que é? É uma parceria na verdade, é um negócio e uma parceria, em que nós damos todas as facilidades para eles e eles "meio" que se sentem em casa. Essa é a palavra. Que eles se sintam em casa.

O programa pode, então, ser compreendido como uma via a partir da qual os valores a serem assegurados no hospital venham a ser "imprimidos, incutidos dentro dos nossos colaboradores", conforme fala apresentada anteriormente.

Os modos de gestão promovem formas articuladas de um sutil controle que não se restringem apenas ao físico e intelecto dos trabalhadores, atingindo

também aquilo que é da ordem dos afetos. O entrevistado O corrobora com esse pensamento ao declarar que o programa instituído para o corpo médico acabara servindo como um vínculo, como um elo na verdade, para que “a instituição fique sabendo o que está acontecendo e que os médicos saibam que podem contar com a instituição”.

Exercendo influência sobre as condutas individuais, as organizações reduzem a vulnerabilidade do sistema e também asseguram um grau de envolvimento do trabalhador com base tanto no controle e compulsão quanto no consentimento e compromisso. E o êxito de uma organização pode depender da sua capacidade para manter o controle dos trabalhadores. Para Hall (1993), o poder e o conflito estão no cerne da compreensão das organizações. Também Campos (1997), nos diz não ser possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional.

Nesse sentido, obtivemos manifestação do entrevistado F, ao comentar o desenvolvimento das tarefas dos trabalhadores sob sua supervisão. O andamento do trabalho pode ser acompanhado por sistema de informática que permite que o trabalho hoje tenha uma facilidade maior:

Tu vês onde o funcionário está. O que ele está fazendo. Ele entrou naquele apartamento, não entrou. Que horas foi.

Em relação ao controle sobre o desempenho das atividades por parte dos trabalhadores, o entrevistado declara ainda:

Eu tenho (controle), eu devia ter mais. Eu acho até que devia ter mais, mas tem a questão de tempo também (...) eu gostaria muito de poder fazer isso (...) ir lá no quarto e ver, acompanhar. Ela tem que saber o que ela está fazendo, onde ela está errando. Isso a vida te ensina. Não tenha nunca medo de conversar. Chamar, conversar e mostrar.

Estas reflexões contribuem ao esclarecimento de como o trabalho no hospital e as relações entre os trabalhadores nos diferentes níveis hierárquicos se dão. O hospital tem passado por grande evolução tecnológica, que se observa

sobretudo nas novas instalações da Unidade Beta, inauguradas em 2006, e na ampliação e qualificação dos serviços de imagem. O que vem a modificar as práticas laborais hospitalares no sentido de buscar novos padrões de produtividade condizentes com a lógica competitiva do mercado de trabalho. Decorrente disso, instaura-se uma gestão peculiar que visa a produção de modos hegemônicos de ser trabalhador do hospital, em busca de uma imagem institucional que se mostre eficaz no atendimento aos clientes de serviços de saúde.

A gestão mostra-se, então, como um modo de subjetivação que se exercita na mente e no campo dos trabalhadores do hospital através de uma prática de integração que privilegia questões como etiqueta, postura, valores da Congregação. A fala a seguir se mostra esclarecedora:

Estando no hospital, tanto de manhã, tanto de tarde, tanto de noite, na emergência, na unidade de internação, que se possa, no mesmo hospital, em qualquer turno, ter o mesmo padrão de atendimento. Era uma postura de dia, de tarde outra, na emergência uma, na maternidade outra. Então, até foram elaborados alguns fundamentos e um deles é **etiqueta e postura**. Então etiqueta padrão, como é que tem que ser o uniforme. E mesmo com todo trabalho que está se fazendo, a gente vê que tem que ter mais. E também não é só etiqueta e postura. Tem a questão de atitudes, de valores. Então ele passa por uma integração no hospital, recebendo os valores do hospital. Então a gente tem aqui o slogan “Eu Sou Mãe de Deus”, que aí tem todas as orientações de como seria o funcionário Mãe de Deus e mais os valores da congregação (Entrevistado K).

O hospital desenvolveu um programa chamado “Eu Sou Mãe de Deus”. O projeto tem como característica principal o “desenvolvimento de cultura organizacional em relação ao valor do cliente (Entrevistado A)”. O entrevistado K considera o programa importante para “integração no hospital, recebendo os valores do hospital”. Completa afirmando que o slogan “Eu Sou Mãe de Deus” tem “todas as orientações de como seria o funcionário Mãe de Deus e mais os valores da congregação”. Em estudo realizado dentro do hospital (BONIATTI, 2002) encontramos que processo de desenvolvimento gerencial do padrão “Eu Sou Mãe de Deus” desdobra-se em três aspectos de atendimento: o humano, o técnico e o

espiritual. Ao observarmos os objetivos que a empresa procura atingir com o programa encontramos que ele “formaliza e executa a proposta relacionada à forma de tratamento dada ao cliente, por acreditar nos ganhos competitivos ao estabelecer relações positivas entre cliente e organização, imprimindo esforços efetivos para satisfazer as necessidades dos clientes, de maneira ágil e segura, buscando preservar e proteger a vida dos mesmos. Essas inter-relações, ao longo do tempo, fortalecem e consolidam a imagem e a marca ‘Mãe de Deus’” (BONIATTI, 2002, p. 116).

Isso nos remete a Foucault (1995) e à discussão de modos e processos de subjetivação como regime de verdades legitimadoras de um código moral e de regras as quais os indivíduos se vêem obrigados a cumprir. Para o autor, os processos de subjetivação podem ser compreendidos como a forma como o indivíduo se relaciona com os regimes de verdades que produzem formas de ser e existir em cada contexto espaço-temporal.

Nesse sentido temos manifestações relevantes sobre as características do Hospital Mãe de Deus. O processo de admissão de novos funcionários, por exemplo, coloca em evidência, já ao ingresso dos trabalhadores, do “negócio Mãe de Deus”, mostrando-se alinhado a uma visão gerencial da saúde que visa a promoção do conceito de hotelaria hospitalar em contexto que enaltece o trabalho imaterial. Nesse sentido, o entrevistado H faz a seguinte declaração:

Nós temos um ambiente de gestão em saúde que é pra fortalecer as competências do **negócio Mãe de Deus** (...) então a primeira coisa é eles ficarem bem alinhados com o **negócio Mãe de Deus** (...) ajudar eles com que eles também visualizem qual é o negócio e internalizar a cultura. E estar apoiando isso. E o nosso grande desafio é reter as pessoas aqui dentro (...) Por isso que é importante a gente olhar os nossos indicadores de *turn over*, de rotatividade, porque tem todo o investimento em cima da pessoa. Então a gente quer manter a cultura aqui dentro. Fazer com que os funcionários que são escolhidos se desenvolvam e se sintam bem aqui dentro.

O entrevistado O, em continuidade a questão da admissão, descreve a maneira como são inculcados os valores institucionais no novo funcionário, de modo

que ele se torne realmente aquilo que lhe é solicitado, fazendo valer o slogan “Eu Sou Mãe de Deus”:

Nós temos um treinamento grande com os funcionários no início, que é continuado depois. Mas a integração, de antes de entrar, só com a autorização da presidência podem entrar antes. Porque se não eles tem que participar do dia de integração. Então claro, quem vai acolher primeiro é a presidência, que conta a história da congregação, a história do hospital, como é que o hospital cresceu. Teve muito sofrimento, muitas lutas e muitos desafios. Então a gente dá e depois vai outra irmã e fala sobre a Pastoral do hospital. O serviço religioso, motivando. E não é só a pastoral, todos tem que ter uma postura. Tem enfermeiras, médicos, etc. Depois ainda vai a irmã que trabalha na área social para mostrar os projetos sociais e aí é onde surgem muitas voluntárias também. Por exemplo, quando a irmã, no fim de semana vai atender os municípios que solicitam vacinação, tem muitos funcionários que se organizam para serem voluntários e vão lá. **A gente alimenta, mas trabalha com uma disposição e parece que é tudo deles** (...) então, os valores são a acolhida, a fraternidade, a ética e a justiça. São valores da instituição. Do hospital como sistema.

De forma semelhante, o entrevistado K destaca:

Então tenta se definir junto com o RH as necessidades funcionais. Então o funcionário tem que fazer. Esse é para todo mundo. Tem os específicos, os técnicos e os institucionais. Então, etiqueta e postura, relacionamento com o cliente, que a gente vai fazendo. Isso é institucional. Então todos têm que fazer, e aí a gente identifica muitos problemas.

Nesse aspecto ocupa importante papel a área de Recursos Humanos (RH). Alguns autores apontam a área como o principal veículo dentro da organização para exercer controle sobre a subjetividade dos funcionários. Tragtenberg (1989) afirma que as relações humanas têm como seu princípio básico agir sobre indivíduos e grupos para provocar neles as atitudes convenientes à empresa. De forma análoga Pàges et al (1987) afirma que as políticas de RH não são apenas procedimentos e técnicas. Elas são o fundamento também de uma produção ideológica, pois os dispositivos operacionais, ao mesmo tempo em que fazem os funcionários interiorizarem certas condutas, fazem estes interiorizarem os princípios que os legitimam. No Hospital Mãe de Deus o setor de RH ocupa papel

que manifesta essas colocações, não somente nas atividades de inserção de novos funcionários, mas também em seu desenvolvimento, sobretudo com as ações da Universidade Corporativa.

Sobre isso observou-se a seguinte manifestação que explicita a condição de gestor de si que os trabalhadores devem assumir na lógica do trabalho imaterial, que é a própria mobilização das características que são inerentes aos trabalhadores:

Hoje, o Mãe de Deus vem investindo muito no conceito de autodesenvolvimento, no sentido do funcionário enxergar isso, ter uma visão de carreira. A gente vem trabalhando tanto com o atendimento, mas vou te dar um exemplo. Neste ano a gente já trabalhou administração do tempo, como falar em público. **Coisas que são muito peculiares da tua questão pessoal. Não é exatamente da tua função mas que vão te dar condições de te projetares** (Entrevistado A).

A opinião do entrevistado O destaca o papel do RH dentro do Hospital Mãe de Deus, com relação à incorporação dos princípios da organização:

Mas então eu diria que a maioria está dentro daqueles princípios, daqueles valores e procuram vivenciá-los. O Recursos Humanos também é muito responsável por isso, por nos ajudar, porque é aquele que deve contribuir conosco até pela missão, pelos valores e pela postura.

O entrevistado K destaca treinamentos e a importância que se reveste esta questão no que tange à ampliação recente do hospital:

A questão de liderança, um programa que se entende que a pessoa tem que mostrar o melhor para dar o exemplo. Então o que está na ponta tem que ser um líder e essa postura tem que ser exemplo. Então está se trabalhando todas as frentes para poder ter um diferencial. No ano passado o hospital ampliou, então entrou muita gente nova e até conseguir formar todo mundo assim, é muito difícil.

Para Davel e Vergara (2001, p. 47), a gestão de pessoas é "uma construção social baseada em uma visão particularizada de organização e de pessoa, variando no tempo e no espaço". Assim, a forma como as pessoas são

geridas sofre influência das diretrizes da empresa e, se considerarmos que as pessoas de uma organização são as responsáveis pela criação, inovação e vitalidade das ações, conseqüentemente as políticas de gestão de pessoas em uma empresa se revestem de importância singular. E nesse sentido, podemos incluir também empresas terceirizadas, como observado dentro do Hospital Mãe de Deus. As políticas desenvolvidas pela organização são inseridas nos processos de gestão dos terceiros. A declaração do entrevistado L manifesta esta questão:

Ele não tinha uma adequação, agora ele começou a tirar a gordura da alimentação, ele tem uma preocupação com a qualidade dessa alimentação. **Mas a preocupação sempre é atendimento. E os pacientes, que as pessoas não enxerguem que eles são terceiros. Que eles entendam que eles são iguais a nós (...)** nós envolvemos eles nos treinamentos, eles estão sempre nas atualizações, qualquer situação que a gente tenha tanto na pesquisa de satisfação. Qualquer coisa eles participam. Eles também são avaliados dentro da pesquisa. Qualquer situação que aparece a gente também vai falar com eles e eles estão bem integrados no hospital. Ele tem que ter a mesma forma de trabalhar que nem nós. **A gente molda ele para atender os pacientes do hospital.** Então assim, tem toda essa questão da parte técnica, que o atendente tem que conhecer as dietas para poder informar o paciente. Tem a questão de atendimento, etiqueta e postura de atender, chamar os pacientes pelo nome.

Novamente, a fala nos remete à questão dos modos de subjetivação. Enriquez (2002) ao pesquisar sobre a vida psíquica nas organizações, analisa as táticas utilizadas pelas organizações no sentido de mobilizar o trabalhador para que assuma como seu o projeto organizacional, em outras palavras, táticas que visam à construção de uma subjetividade, totalmente integrada ao projeto da empresa. O autor afirma que "a gestão pelo afetivo, a gestão da paixão estão na ordem do dia das organizações, que não querem ser percebidas unicamente como sistemas de produção ou sistemas sociais" (ENRIQUEZ, 2002, p. 12). Nesse sentido, as organizações têm, de maneira geral e historicamente, levado em conta a mobilização da subjetividade do trabalhador, e nesse aspecto podemos considerar igualmente os terceiros, visando atingir os seus objetivos.

Atualmente, o Departamento de Recursos Humanos do Hospital Mãe de Deus está em fase de desenvolvimento de um novo programa, dentro dos mesmos moldes do programa “Eu Sou Mãe de Deus”, descrito pelo entrevistado A como o programa “Guarda-Chuva”, uma série de ações complementares que vão trabalhar o conceito cliente, trabalhar a competência “foco no cliente”. Nesse sentido, nos chamou a atenção a própria nomenclatura dos dois programas, dentro do que vem sendo discutido sobre a mobilização do trabalhador para que este assuma como seu o projeto da empresa, endossando aquilo que nos dizem Lazzarato e Negri (2001) ao afirmarem que é a personalidade do trabalhador, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. É possível associarmos esse pensamento com a emergência do trabalho imaterial, com ações de controle deixando rastros, impressões, no tecido imaterial da empresa.

E os resultados desta mobilização são encontrados em algumas manifestações, dentre as quais destacamos a fala do entrevistado O, ao ser indagado sobre como seria percebida a satisfação do trabalhador:

(...) eu me baseio muito pelo que eu vejo. Como ele se sente (...). Eles me dizem – “*Eu sinto orgulho de trabalhar aqui*”. São raras as pessoas que não gostam. Pensa bem, o que o funcionário tem. Alimentação. Hoje de manhã eu fui no refeitório cedo atrás de uma pessoa e estava todo mundo tomando café. Eles servem o café da manhã, saem de casa e vem tomar café aqui. O almoço, tem o lanche, tem a janta para quem chega e trabalha à noite. Tem um auxílio farmácia, temos o plano Fátima que atende funcionários e seus dependentes (...) então eu sempre me baseio nessas pessoas, muito. Não é entrevista, mas pelo que se sente. No dia-a-dia, pelo clima.

Também se observou, ao longo da pesquisa no hospital, outros traços marcantes que podemos relacionar com a produção de subjetividades. A religiosidade e a questão da humanização no atendimento, questão esta discutida nos conceitos de hotelaria hospitalar. Sobre esta questão, Pitta (1990, p. 52) nos diz que, considerando a separação dos trabalhos intelectual e material atravessada por determinantes econômico-sociais mais diretos, não se pode deixar de lado a religiosidade dos sujeitos. A religiosidade foi marca nas transformações ocorridas no desenvolvimento do trabalho em hospitais. Para

Foucault as próprias origens do hospital mostram que o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a curar os doentes, mas conseguir a salvação. Segundo o autor, “era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna” (FOUCAULT, 1981, p. 102). E no Hospital Mãe de Deus esses aspectos apresentaram dados relevantes que, de certo modo, associam-se aos ditos trabalhos voluntários que extrapolam os limites físicos do hospital ou da carga horária de trabalho.

Para o entrevistado K, as pessoas, ao procurarem o Hospital Mãe de Deus, além de sua qualificação técnica, buscam também a questão da humanização, “uma referência religiosa, um hospital de Irmãs”, pois, continua o entrevistado, “as pessoas se sentem mais confortadas”.

Observou-se com bastante interesse as manifestações sobre a religiosidade inerente aos trabalhadores do hospital e a forma como essa questão é conduzida pela gestão. Na fala do entrevistado O isso fica explicitado:

Tivemos uma época que fazíamos o treinamento com os três pilares ou seja, técnica, humana e espiritual. **Isso não quer dizer que aquele que entra não possa ter a sua religião. Não pode entrar nenhum ateu ao menos, não é?** São pessoas que tenham uma crença, respeitem a nossa, e se tem uma outra crença, não pode ser assim divulgada. Se têm que fazer aqui, têm que respeitar os nossos valores.

Em declaração semelhante, o entrevistado K afirma que, nas questões espirituais para o desenvolvimento de suas funções é procurado que o funcionário se encaminhe para isso, que ele vivencie isso com o paciente. O entrevistado afirma que “não adianta tu buscares um hospital religioso e quem está te atendendo é um funcionário ateu, sem religião”.

Como já se pode notar, a questão humana no atendimento hospitalar mostra-se presente, sobretudo, a partir de raízes religiosas e busca legitimação em termos de gestão de saúde que promulguem um “ambiente empresarial” (Entrevistado A) nos conceitos relacionados à hotelaria hospitalar. Taraboulsi insere essa abordagem no próprio conceito da hotelaria hospitalar ao defini-la

como a oferta de serviços eficientes com fatores que geram “a satisfação, o encantamento do cliente de saúde e, principalmente, a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar” (TARABOULSI, 2004, p. 179).

A presença destas características é destacada pelo entrevistado F quando este se refere à forma como o hospital foi concebido e a importância desse aspecto para a instituição desde sua concepção:

No Mãe de Deus, desde o começo da fundação, a gente tinha que ter em termos diferentes no atendimento, não ser um hospital que apenas atendesse enfermos. Não que o que estivesse na época não se fosse bom, mas é que se busca uma diferença. Isso desde o começo se busca pessoas que olhassem esse lado humano.

A religiosidade no Hospital Mãe de Deus pode ser observada na fotografia a seguir.



Figura 6: Vista de oratório localizado no hall de entrada do housing
Fonte: Acervo do pesquisador

O entrevistado Q que declarou que abordar estas questões num hospital da característica do Hospital Mãe de Deus, seria, no popular, “chover no molhado”. Todavia, manifestou assim a sua opinião:

A verdade é que o hospital que nasce com uma filosofia de humanização, mas que está num processo de reconhecimento na sociedade, ele tem o reconhecimento dele, num primeiro momento, por sua característica de espiritualidade. Agora eu vou botar um ponto de vista meu. **Quando o Mãe de Deus foi construído ele tinha aqui um certo ar de sagrado, com o nome Hospital Mãe de Deus associado a uma congregação (...)** então, o que tinha aqui que fazia com que os clientes chegassem até o Mãe de Deus e gostassem? Tinha aqui dentro, e existe ainda, não é que terminou, uma certa humanização passada através das irmãs. As irmãs tinham um papel definitivo aqui no Mãe de Deus, onde elas acolhiam o paciente, elas recebiam desde a entrada o paciente, faziam a visitação no quarto. Elas fazem hoje mas naquela época pelo número menor de leitos, pelo número menor de funcionários, tornavam o ambiente muito mais aconchegante, menos empresarial e mais um ambiente de tratamento, como se o paciente estivesse entrando numa família mesmo. Bom, e o hospital foi crescendo, o número de funcionários também, o número de médicos, número de procedimentos, complexidade aumentando e essas coisas vão tendendo para a tecnologia. E me parece que o ser humano não consegue fazer esse crescimento paralelo (...) então pensa bem, como uma instituição, que era fortemente alicerçada nas questões humanas e espirituais, onde era extremamente valorizado isso aqui dentro, quando ela começa a se desenvolver e buscar todo um conhecimento através de tecnologias novas, através de pesquisas, faz com que, isso que era um diferencial acabe, num certo momento, até sendo colocado com um certo tom pejorativo.

A abordagem feita pelo entrevistado encontra respaldo no que nos diz Pitta ao afirmar que o “hospital tem sido o local preferencial onde o avanço tecnológico exhibe maiores marcas, através da sofisticação de técnicas e requintes de equipamentos e insumos outros, absolutamente desejáveis como reflexo dos níveis de prosperidade e desenvolvimento de uma sociedade” (PITTA, 1990, p. 18).

A manifestação do entrevistado Q pode levar a um entendimento de que, em sua evolução, o hospital sofreu o impacto das transformações tecnológicas, da profissionalização, tendendo para um lado mais técnico, sobretudo com a inserção de profissionais em cargos anteriormente ocupados por religiosas. Estas

manifestações se deram, segundo relato do entrevistado O, no início dos anos 1990. E isso, ainda segundo manifestação do entrevistado, com “esse enviesamento para o lado tecnológico, o hospital começou a ficar um pouco mais frio”, com isso perdendo suas características originais de trabalho.

Encontramos no pensamento de Pitta (1990) dados que dizem respeito a relação entre tecnologia e pessoal no ambiente hospitalar. A importância do trabalho do pessoal se sobrepõe às questões materiais, sendo este, segundo a autora, determinante para a qualidade e eficácia de atenção e tratamento. Importância essa que no passado do hospital, conforme o entrevistado Q, podia ser verificada pela forma como as religiosas trabalhavam no hospital, onde prevalecia em relação à tecnologia, a questão humanitária.

Desta forma, após terem sido detectadas as alterações ocorridas na organização, o Hospital Mãe de Deus passou a desenvolver um modelo de relacionamento com o cliente suportado por modos de gestão condizentes com um ambiente empresarial .

Como fator compensador, o hospital começou a desenvolver um modelo de relacionamento com o cliente (...) que é uma forma de tentar compensar aquilo que em épocas passadas era tão natural dentro da instituição. E se trouxe pra cá o foco do cliente, se trouxe pra cá um modelo de relacionamento com o cliente que é na verdade, nada mais, nada menos, que, tudo aquilo que a gente observa na história da instituição, nós vamos estar enxergando, dentro de qualquer marketing de relacionamento. Então, o Mãe de Deus tem uma vantagem enorme. Ele já nasceu com definições muito claras, muito importantes (Entrevistado Q).

Corroborando com o posicionamento do entrevistado Q, outro entrevistado relacionou tecnologia e paciente na perspectiva da humanização e sua importância dentro da empresa:

Hoje em dia não é mais o paciente que depende do hospital pra ficar bem. Mudou, é o hospital que depende do cliente. A tecnologia mudou. Então o paciente hoje está muito seletivo. Se o Mãe de Deus não agradou, não atendeu a expectativa dele, tem outras opções. Então como é que tu vais fidelizar aquele cliente, partindo do princípio que os hospitais hoje estão muito parecidos, estrutura física, tecnologia? Qual vai ser o diferencial que tu vai

conseguir captar aquele cliente e fidelizar e fazer com que ele e a família dele retornem? E é aí que eu enxergo como te falei antes. Aquela acolhida, aquela humanização que tu vais proporcionar (Entrevistado E).

É nessa declaração que observa-se uma mudança fundamental na história do hospital e que levou o atendimento em saúde a ser visto como uma forma de consumo como outra qualquer, que corrobora com a noção do “negócio Mãe de Deus” (Entrevistado H).

Conforme vem sendo analisado, o desenvolvimento do atual modelo de relacionamento com o cliente gerou programas específicos voltados aos trabalhadores do hospital, como forma de ampliar a relação com os clientes, dentro das diretrizes desejadas pela organização. Destaca-se também nesse sentido a atuação do programa Pastoral da Saúde cuja missão é definida pela organização como “proporcionar conforto moral, assistência espiritual e suporte emocional, aos pacientes e a seus familiares, amenizando a problemática que ordinariamente acompanha as pessoas que procuram o hospital”¹⁵. Essa é uma das poucas falas que trazem à tona a questão do hospital como local de dor e sofrimento a ser amenizado. Estes veículos se mostram importantes para a organização na medida em que, conforme manifestação do entrevistado H, “são tudo veículos de alguma maneira que ajudam a formar o cuidado mais humanizado”.

O carisma relacionado ao atendimento das irmãs dentro da instituição, a partir de sua fundação e dentro ainda dos serviços de apoio, sobretudo no programa “Pastoral da Saúde”, é referido pelo entrevistado J:

Eu acho que essa questão da humanização é delicado de falar, até por ser uma filosofia do hospital, que é de irmãs. As próprias irmãs tratam há muito tempo a questão da humanização e do atendimento. **Então isso aqui é bem forte também não pode partir só das irmãs, tem que ser de todos os funcionários. Isso é uma questão, digamos assim, de cada um.** Então que cada funcionário tenha essa conscientização de que a humanização é importante. É fundamental digamos assim.

¹⁵ Fonte: Website do Hospital Mãe de Deus

Delineia-se, então, uma relação direta entre a hotelaria hospitalar e a humanização que lhe é central, e o trabalho imaterial, que, em suma, é o próprio trabalhador “é uma questão, digamos assim, de cada um” (Entrevistado J).

Nesse sentido, o entrevistado R também manifesta opinião semelhante ao ser questionado sobre a relação da tecnologia com o atendimento aos pacientes, colocando a forma com que a organização direciona suas ações para que o trabalho desenvolvido na instituição esteja dentro do que é esperado, a partir dos princípios de atendimento espiritualizado e humanizado:

Eu parto do princípio seguinte: que humano é acolher bem a pessoa, é tratá-la de forma humana (...) o profissional médico do Mãe de Deus tem que atender humanamente bem. O recepcionista tem que atender humanamente bem. O telefonista tem que atender humanamente bem. Não é só a irmã que tem que atender. O nosso colaborador tem que estar preparado para acolher bem as pessoas daqui. A minha missão, eu digo quando falo em espiritualidade, o que é pra mim espiritualidade? É me colocar ao serviço do outro de uma forma positiva, de uma forma significativa, acolhendo bem, de forma humana, passando pra ele uma energia positiva, mostrando para ele que existe esperança de mudança, que nós precisamos acreditar que temos potenciais, entende? Eu volto a te dizer: eu acredito e tenho certeza, poderemos, em determinadas áreas, setores, em função da área tecnológica como você disse, priorizar mais a tecnologia. Mas eu parto do princípio que a tecnologia não impede a pessoa de ser humana. Então o que nós temos que trabalhar são as pessoas. **O que nós temos que construir, que é um dos pontos estratégicos dos próximos três anos do planejamento estratégico, é trabalhar as pessoas, preparar as pessoas.** Porque se as pessoas estão bem preparadas, se as pessoas gostam do que fazem, a tecnologia é apenas um instrumental. Apenas um instrumental.

Durante o desenvolvimento da presente pesquisa, no contato com trabalhadores que desempenham atividades com características mais operacionais, e nesse sentido é importante reiterar-se o registro de que a pesquisa não envolveu a áreas de enfermagem e médica, observou-se haver um relativo desconhecimento por parte dos trabalhadores para as questões que a organização busca inserir em seus funcionários. O diálogo a seguir pode exemplificar essa observação, na medida em que um dos entrevistados demonstra

um relativo grau de insegurança nos questionamentos, apesar de acreditar que a questão é bem trabalhada pela instituição:

Pesquisador - Tu acreditas que o trabalho que é feito nessa área, principalmente quando há contato com o paciente, ela está procurando assim fazer um processo com mais humanização assim ou ainda é aquele processo de ir lá, fazer o trabalho, ficar bem limpo...

Entrevistado C - Não, eu acho que aqui no hospital é um pouco assim, não sei como é nos outros hospitais, mas eu acho que aqui é sempre assim. A gente sempre procura fazer.

Pesquisador - É uma coisa que é passada...

Entrevistado C - É uma coisa que é passada para a gente.

Pesquisador - Esse contato mais humano.

Entrevistado C - Exatamente. Isso é passado pra gente sempre.

Pesquisador - De que forma?

Entrevistado C - Esperam que a gente transmita isso para o paciente. E até assim (...) a gente sempre encontra circulando. Ah, vai aqui ou vai ali. Eu sempre me disponho a fazer isso (...)

Por outro lado, encontramos também posicionamento diferenciado sobre a questão da humanização na relação com os pacientes do Hospital Mãe de Deus. O entrevistado S tem uma visão crítica sobre a questão, manifestando um pensamento relacionado mais às questões técnicas e menos às questões de espiritualidade. O entrevistado se manifesta da seguinte forma ao ser questionado sobre as mudanças ocorridas no hospital e a relação da humanização com a questão assistencial médica, caracterizadas pela evolução tecnológica:

Eu acho que mudou, e mudou para melhor o conceito do que é humanização. Eu acho que há um erro quando se usa a questão da humanização fundamentalmente ligada à forma como tu recebes, tu acolhes a pessoa. Isso também é. Mas só isso, e especificamente na área hospitalar, não é suficiente. Uma questão fundamental da humanização é a competência técnica. Tu não podes vir aqui e as pessoas darem sorrisos para todo mundo e os pacientes morrerem porque a instituição não tem competência técnica para dar resposta

à solução que ele vem buscar. A competência técnica é fundamental, isso é, sim, humano. A questão da medicina, do ponto de vista tecnológico, eu não acho que ela tirou. Eu acho que ela colocou condições mais humanas no atendimento. A questão, por exemplo, de processos internos, ela é uma questão de humanização. Não adianta nada o sujeito vir aqui, todo mundo dar sorrisos, mas o coitado demora cinco horas para ser atendido (...) eu acho que a instituição tem que ser competente sob o ponto de vista de seus processos internos para garantir a humanização. Acho que não deva ser necessariamente nessa ordem (competência técnica, controle de processos, atendimento), mas é só para ampliar o conceito. Acho que a questão que envolve acolhida, o respeito com as pessoas, **e com os seus problemas de saúde**, também são pontos importantes.

Ao retomarmos o que foi discutido no referencial teórico sobre hotelaria hospitalar, podemos afirmar que os autores da área abordam a questão da hotelaria hospitalar e a humanização decorrente de sua inserção no trabalho hospitalar com um foco mais centrado nas questões de hospitalidade, característica marcante do ramo hoteleiro. É possível observarmos que a manifestação desse entrevistado engloba questões importantes relacionadas à gestão de processos e tecnologia. O que pode proporcionar uma discussão mais aprofundada sobre a inserção da hotelaria hospitalar em estabelecimentos de saúde.

Ao concluir seu pensamento, o entrevistado S faz considerações sobre a atuação do médico, relacionando-a com a discussão sobre atendimento humano:

Agora, é “humano”, sem tu saberes isso, o médico dizer “fique tranqüilo, eu vou ver o melhor pra ti” e ele não faz a profilaxia. E tu fazes a cirurgia e depois tem uma trombose em casa. Isso é ser “humano”? Te conto isso para dizer o seguinte: o conceito de humanização, na área da saúde, ele pressupõe que os profissionais apliquem em ti a melhor técnica e que a instituição permita que tu tenhas o suporte da melhor estrutura. O conceito de humanização obrigatoriamente tem que começar por aí. Isso não diminui em nada os aspectos afetivos, de acolhida, de respeito.

Mais do que a idéia de hotelaria, o que se coloca nessa fala é o hospital como local de sofrimento e dor, a serem minimizados com a utilização de perícia técnica.

Ao analisarmos as características de como o trabalho vem sendo conduzido no hospital, passamos a apresentar as análises relacionadas aos trabalhadores, suas percepções e modos de agir na lida de suas atribuições laborativas.

4.3 O TRABALHO IMATERIAL NO COTIDIANO HOSPITALAR

Ressalta-se que os modos de trabalho contemporâneo têm sido regidos pelas transformações do capitalismo que passou a exigir uma maior velocidade, objetivando atender aos novos modos de produção e consumo. As mudanças no âmbito dessa nova economia bem como seus métodos para estimular a produção e o consumo, originaram dispositivos de controle e modos de subjetivação. As modificações que se observam nos trabalhadores permeiam todos os âmbitos de sua vida, seja da sua capacidade produtiva, do conhecimento ou do afeto.

O desenvolvimento da presente pesquisa permitiu observar e analisar modos de expressão que o trabalho imaterial assume na atual configuração produtiva das práticas laborais diárias dentro da instituição hospitalar. A emergência/urgência pelo trabalho imaterial fez com que a gestão em saúde incorporasse conceitos difundidos na área de administração, tais como capital intelectual, trabalho em equipe, autonomia, proatividade, aprendizagem e competências, passando a exigir do trabalhador a mobilização de um novo universo de conhecimentos, atitudes e habilidades.

No passado, essas características não eram demandadas. No próprio hospital, algumas funções não exigiam todo o arsenal de características inerentes ao trabalho imaterial. O entrevistado F relembra essa característica existente num passado, não muito distante, declarando:

Quando eu comecei a trabalhar, o grau de instrução, eu lembro que se “ah, desde que saiba ler e escrever, está bom”. Ele tem que saber ler. Ele precisa ler alguma coisa e escrever alguma coisa. Hoje não. Isso foi mais em 95 lá. A gente falava assim (...).

Conforme discutido anteriormente, as características do trabalho passaram a assumir o conceito de intelectualidade, ao contrário do trabalho físico e manual do modelo fordista, e a informação passa a assumir um papel importante dentro do conceito de trabalho imaterial.

O entrevistado C, ao ser questionado sobre como visualizava o aprendizado dentro do Hospital Mãe de Deus, declarou:

Tudo o que se aprende aqui pode usar em outro lugar (...) e isso é uma coisa que eu, particularmente, eu gosto de aprender. Então eu faço o meu serviço de higienização, mas eu estou sempre pronta a ir lá onde eu fico. Hoje em dia a gente lida muito com data show, essas coisas assim. Eu estou sempre interessada, eu procuro aprender. A gente nunca sabe, não é?

As demandas por um trabalhador mais intelectualizado, também podem ser observadas na declaração do entrevistado J, quando este, ao ser questionado sobre o que esperava do trabalhador que fosse desempenhar funções sob sua coordenação, declarou:

Eu pego no mínimo o segundo grau completo. Mas eu tenho uma série de funcionários que tem curso superior em andamento. Com curso superior completo não tenho nenhum, mas tenho vários funcionários que estão com curso superior em andamento. Isso é bem importante, não é? Ter conhecimento, desenvolver conhecimento e eles buscam isso.

Sobre a importância de seu conhecimento sobre as características administrativas e de gestão do Hospital Mãe de Deus, o entrevistado Q destacou a relevância disso como melhoria no desempenho de suas atribuições:

O fato de conhecer a estrutura, processos, sistemas informatizados fez com que eu acabasse jogando como um diferencial para o cliente. **Todas as dificuldades do cliente eu tentava contornar pelo meu conhecimento.**

Ao entender também a importância do conhecimento dentro da organização, o Hospital Mãe de Deus incentiva seus trabalhadores no que tange

ao aprendizado. Existem programas de incentivo para os estudos nos mais variados níveis, inclusive com a concessão de bolsas de estudo. Igualmente, consideramos importante salientar a atuação da Universidade Corporativa Mãe de Deus e as ações específicas do Departamento de RH, voltadas para essa finalidade.

Como exemplos dessas ações citamos outro comentário do entrevistado Q, onde este destaca uma mudança ocorrida dentro dos processos do hospital:

(...) isso trouxe, na verdade, uma idéia de capacitação, uma necessidade de capacitação maior dos funcionários da linha frente. Porque se antes eu só fazia o *check-in*, agora eu faço *check-in* e *check-out* e ainda faço a parte financeira. E isso fez com que na época se mudasse o perfil do funcionário e se investisse fortemente em treinamentos. E, mudando o perfil, se mudou o cargo, o que foi importante, de novo, para se ter um diferencial competitivo. As recepções, principalmente a daqui, de internação, se tornaram referencial dentro da instituição. Então, os agentes de atendimentos, que antes eram chamados simplesmente de recepcionistas, passaram a ser agentes de atendimento e relacionamento com os clientes, tendo inclusive uma graduação, partindo de 1 e chegando ao nível 2.

Esse aspecto corrobora com o pensamento de Antunes (2002, p. 129) de que "as novas dimensões e formas de trabalho vêm trazendo um alargamento, uma ampliação e uma complexificação da atividade laborativa, de que a expansão do trabalho imaterial é exemplo".

A capacitação que é buscada dentro do hospital acaba possibilitando aos trabalhadores uma maior qualificação dentro mercado. As características do trabalhador oriundo do Hospital Mãe de Deus são salientadas pelo entrevistado L ao comentar sobre a percepção observada por outros hospitais:

O hospital de Clínicas e o Conceição adoram, porque tem uma outra postura que dá um atendimento diferenciado. Porque lá é o SUS, não é? Tu abres uma porta e tem cinco pacientes no mesmo quarto. No Mãe de Deus, tu abre e tem um único. E tem um acompanhante, que tu tens que lembrar de atender. Tem toda uma postura diferenciada. Elas têm que ser responsáveis, de que tudo o que elas estão fazendo está correto.

A partir dessa manifestação, podemos observar que tal capacitação para o desenvolvimento da atividade laborativa demanda faculdades vinculadas à linguagem, inteligência, cognição, memória, imaginação, típicas do trabalho imaterial (PELBART, 2003). Também, diante da complexificação que se apresenta, podemos inserir nessa relação ainda outras: responsabilidade, autonomia e tomada de decisão. Que correspondem ao trabalho imaterial.

O diálogo a seguir retrata de forma significativa as questões de autonomia e tomada de decisão que se fazem necessárias em determinadas situações dentro do hospital no que diz respeito à autonomia para a tomada de decisões nas rotinas diárias de trabalho:

Entrevistado C- (...) a gente tem, claro. Nós temos uma regra a ser cumprida, mas a gente está bem livre para tomar iniciativa, porque aí também tem as outras. Então vamos reunir o que nós precisamos, vamos sentar e conversar junto e depois no dia, na hora ali, a gente tem toda a liberdade para tomar a decisão.

Pesquisador – Certo. Liberdade para tomar algumas decisões...

Entrevistado C - Até porque não podemos estar esperando lá pelo nosso supervisor dizer o que nós temos que fazer.

Pesquisador - Certo.

Entrevistado C - Tem toda liberdade pra tomar a iniciativa e fazer acontecer. Nós sabemos o que precisa.

Pesquisador - Sabem qual é o objetivo final.

Entrevistado C - O nosso objetivo final é aquele. Quando nós chegamos, nós temos o caminho ali. E então as ferramentas estão ali. Então nós temos só que fazer. E se surgir algum empecilho no caminho, nós temos, a gente tem que ter a saída não é? Ter a saída para poder fazer, e bem feito.

Pesquisador - Ter autonomia.

Entrevistado C - Ter autonomia para fazer. No momento fez. Fez, aconteceu, deu certo lá e passou. “Olha, foi feito isso e isso”. Claro a gente faz, não vai fazer assim. No momento não podemos esperar para que venha alguém nos dizer – “Olha, tu tens que fazer assim ou ‘assado’”. Lá na frente tem um cliente nos aguardando lá que está ali e quer ser atendido. E naquele momento, todos os setores estão voltados para aquele cliente que esta lá na frente.

Isso nos faz retornar aos conceitos de Negri, quando esse aponta a entrada da idade do capitalismo cognitivo, onde "a produção do valor depende sempre mais de uma atividade intelectual criadora" (NEGRI, 2003, p. 94). E por ser criadora, essa produção de trabalho imaterial demanda flexibilidade.

A questão da autonomia é também manifestada pelo entrevistado Q, quando esse relata a mudança de processo ocorrida com trabalhadores na recepção:

Então aqui foi incorporado, também, nesse momento, uma certa autonomia para os agentes de atendimento, fazendo com que eles pudessem tomar decisões em prol do cliente.

O entrevistado M, corroborando com as características do trabalho imaterial, manifesta-se nesse sentido, salientando a importância do conhecimento técnico na sua relação com o paciente, mas também incorporando as características do trabalhador atualmente demandado como um diferencial à competitividade, ao declarar:

É, responsabilidade com a dieta. Aí depois vem a simpatia, carisma, a gente poder falar, poder se expressar com cada um deles, por mais que o paciente seja exclusivo, tu nunca pode entrar no perfil do paciente. Tem que ser o paciente entrar no teu perfil, isso é muito importante (...) sabe, então tu tens que ter um jogo de cintura na hora e no momento.

O pesquisador, ao manifestar seu interesse na forma com que o trabalho seria conduzido no caso de uma eventual insatisfação do paciente com o serviço (alimentação) prestado, obteve o seguinte comentário:

Nós trocamos. A gente vê a dieta dele, o que pode ser liberado, o que é permitido ou não. Aí depois, sim. A gente vai conversar com o paciente. A gente dá sugestões, o que tem no cardápio. E aí ele vai dizer – Não, esse eu não quero, esse eu quero. Aí, se ele quer uma coisa que não tem, a gente tem que ligar para a copa e procurar falar com a técnica responsável, perguntar pra ela (...) é liberado, não é, libera, tem, não tem. A gente faz de tudo pra ver o paciente satisfeito, mas tem que estar dentro da dieta dele.

Isso nos possibilita apontar o que Laurel e Noriega (1989) dizem sobre a necessidade de recuperar o trabalho como atividade especificamente humana, consciente orientada para um fim, onde o ser humano emprega sua criatividade. Trata-se de um ato de criação de novos objetos, como também de novas relações entre as pessoas. E no que tange ao processo de inovação e criatividade, também observaram-se manifestações. Muitas das decisões que ocorrem dentro do hospital recebem importante contribuição por parte dos trabalhadores, com esses ocupando um posicionamento criativo dentro dos processos. O entrevistado L ressalta a importância desse aspecto para o paciente do hospital, já que ele deve, no serviço que lhe é prestado, se sentir diferenciado. O entrevistado afirma: “a nossa preocupação, já é assim, é uma necessidade. A gente tem que fazer diferente”. O mesmo entrevistado declara que costumeiramente declara aos seus subordinados: “Vocês tem que ter criatividade”. Em relação a algumas rotinas que foram modificadas dentro de seu setor, o entrevistado declara:

E aí a gente fez um teste, mudamos. Mas quem é que trouxe a informação? A atendente (...) eu reúno e digo: - “Olha, eu tenho alguma mudança pra fazer e eu gostaria de saber a opinião de vocês. Nós vamos colocar em teste e me dêem retorno”. Prato, carrinho, uniforme, tênis, tudo, tudo. Tudo elas entram em teste. Elas participam realmente de tudo.

Assim, reveste-se de importância para a organização o desempenho dos trabalhadores que desempenham funções de apoio à atividade assistencial. Pitta (1990) afirma que as tarefas dos auxiliares e atendentes são, a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas. A autora declara que estes trabalhadores “além de conviver mais tempo com os enfermos, os acompanham mais de perto, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, a atribuição do hospital como um todo” (PITTA, 1990, p. 55).

Fato que corrobora com a relevância dos trabalhadores de apoio foi observado na fala do entrevistado L quando este relatou um evento referente à compra de equipamento pelo hospital. O equipamento, após ser apresentado para

os trabalhadores, passou por modificações técnicas e estruturais que atendessem ao que era demandado pelos trabalhadores. O entrevistado L declara:

Sabe quem é que escolheu o carrinho para botar as bandejas? Elas (atendentes). Eu trouxe dois carrinhos, um de São Paulo e um aqui de Caxias do Sul. Botei os dois em testes e até o cara de Caxias – “Bah, elas que vão decidir”? Quem é que vai empurrar o carrinho, quem é que vai usar? Eu? Eu não. Botei lá e elas disseram: - “esse carrinho não dá, é muito pesado, aquele que me trouxeram antes é melhor”. As rodas são melhores. O que eu fiz? Comprei o carrinho melhor. **Elas que escolheram, elas não podem se queixar de nada porque elas participaram do processo.**

Nesse sentido, a responsabilização do trabalhador pela tomada de decisão pode ser considerado mais um fator de estresse advindo da organização do trabalho.

No que se refere à qualificação do trabalho dentro de uma instituição hospitalar podemos retomar o que declara Pitta. A autora nos diz:

Tratar-se-ia então de conceber um processo de qualificação técnica do trabalho que considere as habilidades necessárias para o trabalho cotidiano de quem efetivamente assiste no hospital, valorizando inclusive o que há de tecnologias informais e domésticas no desempenho das atividades, criando uma espiral de conhecimentos onde o saber técnico e o saber informal intuitivo se complementem, modificando o fluxo de mão única na legitimação dos saberes: trabalho intelectual - trabalho material (enriquecendo-os mutuamente) (PITTA, 1990, p. 77).

Nesse sentido, a fala anterior do entrevistado L corrobora com o que a mesma autora declara sobre o trabalho prescrito e o trabalho real, onde, segundo Pitta, “sem determinados arranjos desenvolvidos individualmente por cada trabalhador, dificilmente as prescrições e rotinas de trabalho produzidas em escritórios, ou qualquer espaço de normatização, se executam tal qual prescritas, e uma vez assim acontecendo, nada garante que os resultados sejam os esperados” (PITTA, 1990, p. 77).

O entrevistado L reiteradamente manifestou a preocupação com detalhes que proporcionassem um maior encantamento por parte dos pacientes. Isso

demonstra de que forma o trabalho imaterial permeia as atividades dentro do hospital. Se analisarmos por outro aspecto, também podemos verificar a forma como o trabalhador incorpora aquilo que é demandado pela organização. A preocupação com detalhes é manifestada na seguinte declaração:

Tem que ver, o meu prato tem o logo do hospital e é servido “à francesa”. O arroz em bolinha, a carne, os legumes, todos enfeitados. E ele vai numa grande bandeja cujo prato tu monta (...) quando a gente foi ampliar eu fiquei estudando o que eu ia fazer – olha, eu não quero mais descartável, eu não quero mais essa louça aqui. Eu quero outro serviço. Eu quero que o paciente enxergue claro, porque quando tu tampa alguma coisa escura, quando tu abre assim é uma outra impressão e eu vejo agora que eu estou com dois serviços e os pacientes falam isso aí. Então vamos fazer uma coisa clara. Aí ai eu peguei uma bandeja, fundo azul, papel branco e azul do Mãe de Deus, prato branco, branco bonito, com a logo do hospital e aquela comida bonita. Mas tu não tens idéia de como fica lindo.



Figura 7: Imagem de refeição servida aos pacientes do Hospital Mãe de Deus

Fonte: acervo do pesquisador

Já observou-se que o trabalho imaterial é aquele que se extingue no exato momento de sua produção, que é agregado pelas características pessoais e

intrínsecas do trabalhador que o executa. Nessa execução são incorporadas as capacidades de mobilização, cooperação e criação. Estas não podem ser comandadas e dificilmente são passíveis de controle externo ao trabalhador. Reveste-se de importância também a afirmativa de que o trabalhador “atualiza os fluxos comunicacionais proporcionados pela infra-estrutura técnica, mediante intervenções subjetivas” (COCCO, 2000, p. 106), objetivando com isso, a prevenção ou eliminação de falhas ou defeitos no processo de geração de trabalho ou serviço. Com isso, passamos a observar considerações relevantes sobre os aspectos da comunicação, manifestados em falas dos sujeitos da pesquisa.

O entrevistado G declara sua opinião acerca da importância do processo de comunicação no trabalho e na relação com o paciente:

É sempre na base de muita conversa. As atendentes têm um curso de formação no SENAC, normalmente, ou em alguma escola que forma atendente de nutrição e ela vem com a idéia do porquê a dieta é assim. Mas o que realmente é muito importante é que a gente possa fazer da mesma forma com o paciente. Que ela possa entender, sensibilizar com a importância que aquele alimento que ela vai levar tem para aquele paciente. Que não é simplesmente comida. Que a partir do momento em que tu estás no hospital, essa alimentação tem toda uma finalidade terapêutica. Então porque é importante que o “Seu Joãozinho” receba aquele suplemento que a gente prescreveu.

O mesmo entrevistado segue destacando a importância da capacidade de comunicação e compreensão que se faz necessária para o estabelecimento de laços de cooperação no trabalho:

Acho que no momento em que as pessoas se comunicam, ela se sente envolvida no processo, ela se compromete. Tanto o paciente quanto a assistência. Então a gente procura trabalhar mais ou menos assim com as duas pontes.

Estas considerações feitas pelo entrevistado vão ao encontro do que Lazzarato e Negri (2001) definem como conseqüências do trabalho imaterial. Segundo os autores, este tipo de trabalho "envolve a mobilização do intelecto e do

afetivo, o investimento pessoal em fazer "bem", a capacidade pessoal de tomar iniciativas, esforço pessoal na execução do trabalho, capacidade de comunicação, compreensão e criação".

Essa capacidade de comunicação, de manter uma boa relação interpessoal no desempenho de suas atividades, são fatores considerados importantes segundo a avaliação do entrevistado H, quando esse foi indagado sobre o que procurava observar nos trabalhadores sob sua supervisão:

Avalia assim se a pessoa tem uma boa comunicação, tem uma boa educação, expressão, se ela já tem experiência. Mas tem muita gente que não tem. Então a questão assim ao conhecimento que a gente avalia, se a pessoa nunca trabalhou e se ela tem conhecimento de informática. Se ela tem um bom português, se ela entende um pouco do negócio de saúde, seguradora, termos médicos. Isso é conhecimento. Agora a habilidade que a gente avalia muito é assim a comunicação, se ela tem uma boa relação interpessoal. E aí tem as dinâmicas que a gente observa também. Se ela tem fluência, uma questão bem fundamental, e uma boa apresentação. Isso tudo a gente avalia, já está descrito no perfil mas a gente reforça.

Em continuidade, o entrevistado J diz:

Mas do perfil, tem que ter um perfil de atendimento. Tem que estar sempre disponível, pessoas com bom humor. É bem importante no hospital ter pessoas que não tenham humor o tempo todo porque não vai conseguir dar um bom atendimento. Então tem todas as questões que a gente avalia.

Observou-se anteriormente que para Negri (2003) o trabalho imaterial é aquele baseado na informação e na comunicação e que, todavia, nem sempre se estabelece o entendimento que sua matéria prima é o ambiente cultural e as atividades intelectuais, comunicativas e afetivas envolvidas no processo. Também se observou que uma vez que o produto do trabalho imaterial apresenta uma característica ideológica, o envolvimento dos afetos do trabalhador proporciona novas formas relacionais no processo produtivo. Assim, fica evidenciada a importância da função que as emoções desempenham na atenção cognitiva, na

percepção, na cognição, na motivação, na aprendizagem e na criatividade do ser humano, bem como os resultados de sua utilização no trabalho

Durante o desenvolvimento das entrevistas, observaram-se traços marcantes da questão afetiva, assumindo-se que ela está presente, permeando a maioria das ações laborativas, sobretudo aquelas de contato direto com o paciente. Podemos observar isso citando como exemplo a fala do entrevistado M, que discursa inicialmente fazendo uma generalização sobre trabalho e conclui referindo-se ao serviço de saúde:

Em primeiro lugar tem que gostar daquilo que faz. Em primeiro lugar tem que gostar, independente de qualquer profissão. Qualquer profissão que tu faça com amor, que tu faças com carinho, com dedicação, tu não tens problema. Não importa o salário, não importa se o trabalho é bem árduo, pode trabalhar domingo, não importa. Tem que gostar daquilo que tu faz e aí tu “vestes a camisa” (...) ainda mais nós que trabalhamos com pessoas debilitadas, realmente precisamos disso. Muitas vezes o paciente não entende o problema que tem, é um problema de doença e às vezes não aceita. Então eu tento trabalhar na minha parte, eu tento trabalhar bastante, qualquer turno, seja qual for o turno que eu tiver, eu tento trabalhar bastante essa parte o quanto é importante, tu gostar daquilo que tu faz.

A importância do afeto no trabalho desenvolvido dentro do hospital também é manifestada pelo entrevistado R, quando este declara:

O que vai é o afeto, o que importa é o afeto, a forma de acolher, a forma de orientar, a forma de cuidar do nosso paciente, do familiar, de qualquer pessoa enfim, que venha até nós. Então eu sempre parto desse princípio. Nós precisamos é cuidar das pessoas. Se as pessoas (trabalhadores) estão bem, certamente farão um excelente trabalho.

Essa manifestação corrobora sobremaneira com o que nos dizem Hardt e Negri (2001) quando esses afirmam que a outra face do trabalho imaterial é o trabalho afetivo do contato e a interação humanos. Vimos que os autores afirmam que os serviços de saúde são baseados essencialmente em cuidados e trabalho afetivo. E os produtos deste trabalho imaterial são intangíveis, proporcionando um sentido de conforto, bem-estar, satisfação, excitação ou paixão. Assim, “o que

realmente importa são a criação e a manipulação de afeto” (Hardt e Negri, 2001, p. 313-314).

Podemos observar novamente manifestação que atesta as características de trabalho imaterial presentes no hospital na declaração do entrevistado E, quando indagado sobre a importância da questão do afeto no setor de recepção do hospital:

Eu não diria só lá. Em qualquer área do hospital. Pra trabalhar no hospital, se tu não tiveres desenvolvido, se tu não tiver dentro de ti um sentimento assim de lidar com pessoas, de servir as pessoas, com afeto, não anda mesmo (...) não está produzindo nenhum bem. Está produzindo serviços. E a base desse serviço é o afeto.

O entrevistado A manifesta sua opinião sobre a questão do afeto no atendimento ao paciente, destacando uma dificuldade, da seguinte maneira:

Então assim, se em um hotel isso tem valor, tu imaginas...Um exemplo assim: quando os funcionários da nutrição entram no quarto e põem a bandeja no quarto do paciente e ele não pergunta se o paciente tem condições de levantar para pegar a bandeja. Então até que a pessoa chame outra, muitas vezes a comida, se é no inverno, já esfriou. E ele já fica descontente. Então, são coisas simples mas para agregar isso na atitude não é uma coisa muito simples.

Na questão do afeto, podemos considerar que ações destinadas a melhoria do desempenho dos trabalhadores do hospital, ou que facilitem a execução de suas tarefas também podem facilitar a atuação ou a cooperação do trabalhador para se engajar naquele projeto que a organização deseja. O relato a seguir demonstra a forma como ações nesse sentido têm repercussão significativa junto aos trabalhadores. O entrevistado L relata:

O cabelinho delas é preso com aquele topinho marinho. Nós que dissemos no hospital. E aí todo mundo começou a copiar, porque elas ficaram muito bonitinhas (...) hoje a gente não vê, mas no dia em que eu botei os médicos disseram: – “Gente, vocês estão até mais bonitas que as enfermeiras”. Disseram pra elas. Elas se acharam o máximo (...) aí o rosto ficou bonito, elas se sentem mais bonitas, começaram a se arrumar melhor, se preocupar com isso.

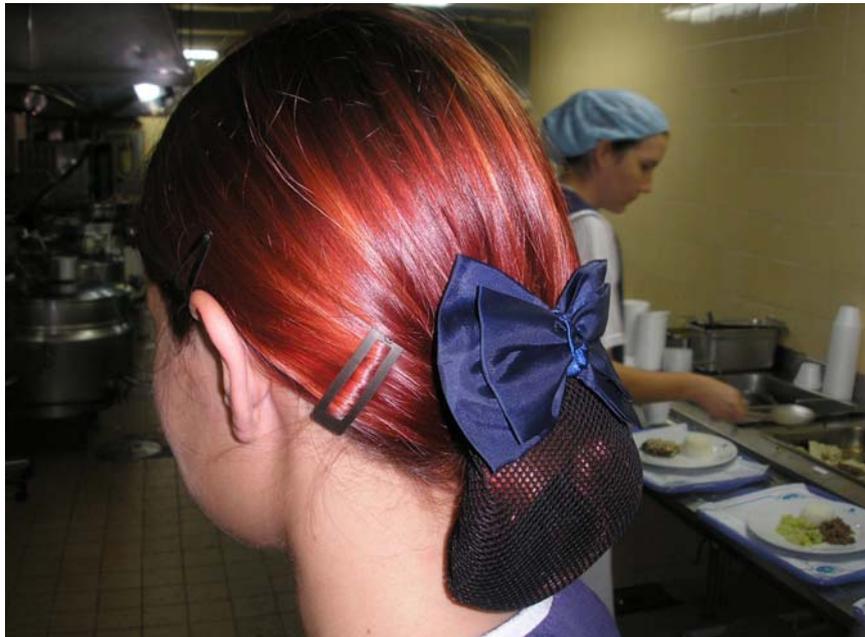


Figura 8: Detalhe do cabelo de atendentes de nutrição do Hospital Mãe de Deus
 Fonte: acervo do pesquisador

Outra consideração que se faz necessária é aquela que diz respeito à forma manifesta das questões afetivas. No momento em que é requisitado do trabalhador "sua inteligência, sua imaginação, sua criatividade, sua conectividade, sua afetividade - toda uma dimensão subjetiva e extra-econômica antes relegada ao domínio exclusivamente pessoal e privado" (PELBART, 2003, p. 24), se faz necessário o discernimento adequado do afeto. Julga-se afeto aquele produzido pela subjetividade do trabalhador, seu estilo de vida, sua capacidade independente de intervenção, conforme nos diz Cocco (2000). Sobre essa questão, o entrevistado S declara sua preocupação com o que define como afeto "robotizado":

É naquele lugar que tu chegas e a pessoa diz: "Oi querida, como vai?". E aí, chega outro paciente e a pessoa repete: "Oi querida, como vai?". É aquele treinamento um pouco "robotizado". Tu percebes que é um afeto "treinado". Nós não somos adeptos desse estilo. Nós investimos enormemente no atendimento a clientes. **Nós temos problemas, como todas empresas têm.** Mas é muito, muito investimento. Tem que se estar sempre atento, sempre corrigindo.

O mesmo entrevistado também fez o seguinte comentário sobre dificuldades de manter a questão afetiva presente em todos os momentos do atendimento:

Às vezes um cara tem que atender três pessoas ao mesmo tempo e então como é que ele pode dar mais atenção aqui e ali, não é? (...) Tu consegues ser afetivo em larga escala. Nesse sentido, pode ter havido uma redução de afeto no tratamento. Mas eu acho que a questão fundamental é a organização se preparar para isso. Realmente tu não podes, numa escala. Tu não tens o mesmo tempo para atender numa instituição dez pessoas e, da mesma forma, atender cinquenta. É claro que não. Mas nem por isso precisa deixar de ser humano, ser atencioso, acolher bem, ser carinhoso, ser afetivo.

Nesta fala é possível observar-se que a sobrecarga do trabalho acaba gerando uma hipersolicitação dos trabalhadores na atual configuração do trabalho.

Desta forma, além das questões afetivas, também se faz importante considerarmos sobre as questões éticas. O entrevistado F manifestou sua opinião sobre as questões do conhecimento e do afeto, relacionado-as com a ética, da seguinte forma:

Como se diz, a pessoa é mais evoluída, mais instruída tanto o funcionário como o próprio cliente. E precisa, se ele não tiver essa qualificação, os pacientes sempre vão ver esse lado humano. O técnico também, mas muito o lado humano, de relacionamento. A ética(...) tem que ter uma postura muito...uma postura de calma, tranqüilidade, ser educada, ter respeito, ter muito de domínio de si para não “chutar o balde”, para não ter que “mandar alguém longe”. Não dá. Tem que ter postura.

Isso nos faz refletir sobre o que declara Pitta (1990) em seus estudos na área hospitalar, sobre o fato que do ato de cuidar de doentes estar inserido num contexto social onde a piedade e solidariedade são sentimentos socialmente valorizados dentro de uma estratégia de sobrevivência da espécie e de uma certa sociabilidade que tem na harmonia o seu paradigma e na saúde um elemento indissociável a esta harmonia. A autora também nos diz que este cuidar deverá ter um valor de natureza moral e ética que canalize energias e simpatias.

Ao serem demandadas do trabalhador as características discutidas e analisadas ao longo deste trabalho, observa-se que as características de flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, criatividade, tomada de decisão, entre outras, presentes na noção do trabalho imaterial, nos remete ao fato da possibilidade de eventuais dificuldades que a organização possa encontrar na gestão de pessoas que não possuam essas características. Essa realidade passa a demandar dos sujeitos do trabalho que não tenham receio de mudanças, que sejam flexíveis. E, conforme Sennett (1999), esta flexibilidade passa a representar então a capacidade do ser humano em ceder e se recuperar, em se adaptar, mas não se quebrar, em oscilar de um lado para o outro, conforme as demandas variáveis e externas. É a sensação de "liberdade pessoal", diante da "capacidade" de estar "aberto" à mudança e de ser "adaptável" às circunstâncias.

O entrevistado P se manifesta sobre as dificuldades que são encontradas na introdução de mudanças, sobretudo com as funções mais operacionais:

É difícil, está mexendo com a cultura das pessoas e aí é mais difícil. No momento é uma catequese, todo o dia ali. O presencial é fundamental. Se tu te afastas, delega. E nessa delegação tem muitos intermediários (...) não funciona.

O entrevistado H manifesta opinião semelhante ao se referir a adaptação dos trabalhadores às reformas executadas na parte estrutural do hospital:

(...) as pessoas, aquelas mais antigas, muitas vezes são um pouco mais resistentes. Mas aquelas que já viram uma mudança do prédio, as que entraram aqui depois, entenderam a mudança.

Assim, ao observarmos as diversas manifestações analisadas, é possível afirmarmos que, dentro do Hospital Mãe de Deus, as atividades laborais desempenhadas pelos trabalhadores são permeadas pelas diversas formas que o trabalho imaterial assume na nova lógica da produção, modificada do sentido "produção-mercado-cliente" para o sentido "cliente-mercado-produção", conforme afirma Lazzarato (2002). É possível afirmarmos que as manifestações analisadas se encontraram inseridas dentro dos tipos de trabalho imaterial definidos por Negri

e Hardt (2003), seja pela incorporação de tecnologias de comunicação de um modo que transforma o próprio processo de produção, seja pelo trabalho imaterial de tarefas analíticas e simbólicas, que se divide na manipulação inteligente e criativa de um lado e nos trabalhos simbólicos de rotina do outro, ou seja pelo trabalho imaterial que envolve a produção e a manipulação de afetos e requer contato humano bem como trabalho do tipo físico.

Um aspecto observado dentro das análises desta pesquisa é a forma de analogia feita pelo entrevistado Q no que diz respeito ao significado do paciente dentro de um processo ocorrido no hospital. A similaridade com o que Sant'Anna (2001) descreve sobre hospitais e aeroportos, merece citação. A autora declara que nos aeroportos, por exemplo, trata-se de embarcar milhares de corpos vivos ao céu. Voando, estes corpos se liberam provisoriamente da geografia e das temporalidades que regiam sua vida na Terra. No hospital, transportar pacientes entre as alas é uma rotina hospitalar. Especialmente o transporte daqueles que partem ou chegam de cirurgias. Assim, a conotação aeronáutica do espaço hospitalar não é apenas subjetiva. A autora afirma ainda que se trata de uma viagem no espaço e no tempo: distanciados da rotina e de suas experiências habituais, os pacientes, e também os passageiros de um avião, tendem a transformar o passar das horas numa de suas principais referências.

Como se esta fosse a única referência capaz de ligar o passageiro à sociedade. Também, no aeroporto a vivência da espera raramente passa despercebida. A espera da decolagem e a espera da cirurgia envolvem freqüentemente tensão, dúvida e receio. No aeroporto, antes do passageiro embarcar, ele deve passar pela sala de espera em que se encontram apenas os passageiros, e não mais os familiares e amigos que porventura não vão viajar. No hospital, quando o paciente é conduzido para a cirurgia, é também freqüente a sua passagem por alguma espera, na qual ele está só, ou junto com outros pacientes, que também estão destinados a “embarcar”. E no momento do “embarque”, a semelhança de alguns hospitais com os aeroportos chega a ser flagrada inclusive quando as informações sobre qual vai ser a próxima cirurgia são transmitidas por uma espécie de torre de comando, como se o paciente fosse um avião esperando a decolagem (...) durante cirurgias e viagens, os corpos permanecem sob o comando de especialistas encarregados de pilotá-los (SANT'ANNA, 2001, p. 34).

Ao descrever a condução de mudanças ocorridas na década de 1990, dentro do Hospital Mãe de Deus, o entrevistado Q relata o seguinte:

Naquela época, nós não falávamos em marketing de relacionamento, não tínhamos conceitos disso. De qualquer maneira, a gente passou a perceber que era possível sim, estabelecer relacionamentos com clientes, clientes em potencial, porque eles ainda não eram clientes em definitivo da instituição. Então a gente desenvolveu um sistema chamado de “torre de controle” que inclusive, naquela época em que foi construído, nós fomos visitar aeroportos para ver como funcionava o controle de vôo (...) Então fomos ver dois aeroportos como é que se dava o controle do tráfego aéreo. (...) Então começamos a pensar: vamos comparar com o quê? Vamos comparar com um aeroporto. Chegando lá, nós vimos que existe uma certa analogia a fazer, uma comparação bem clara entre uma pista de aterrissagem, onde a pista, no nosso caso, seria o leito, o avião seria o próprio paciente e o piloto seria o médico. Então nessa composição nós entendemos que era possível prever a chegada daquele “avião” com todo entendimento e contatos com o “piloto”, dentro do seu “plano de vôo”, desde a origem, coisas que a gente aprendeu dentro da torre de controle oficial. E essa previsão nos dava condições de ter uma “pista” totalmente adequada a tal tipo de “avião” que viesse, fosse um “747”, um “702”, qualquer que fosse, nós teríamos condições de atender. Se fosse uma aterrissagem de emergência, cheia de problemas, nós teríamos condições de previsibilidade. E isso, na questão dos serviços, foi um marco na nossa trajetória aqui.

A fala do entrevistado vai ao encontro do pensamento da autora, mesmo que com algumas diferenças, mas que se constituem em variações interessantes, que complementam a analogia de Sant’Anna.

Buscando uma análise na relação com os pacientes, passamos a fazer algumas considerações sobre o paciente enquanto consumidor de serviços. Ao mesmo tempo em que a sociedade pós-industrial produz um trabalhador com as características já discutidas ao longo deste trabalho, observa-se que também o consumidor assume um novo papel. O cliente hospitalar modifica-se, “integrando classes sociais com maiores exigências de qualidade dos atos médicos e com expectativas do hospital como lugar de alta tecnicidade e organizado sob novas formas de racionalidade e eficácia” (CARAPINHEIRO, 1998, p. 56). Essa modificação exigiu que as formas tradicionais de gestão hospitalar fossem substituídas, uma vez que o paciente já não se comporta mais como

anteriormente, onde mantinha uma postura mais passiva, aceitando o que lhe era imposto dentro de um hospital.

O entrevistado F declara algumas modificações que ocorreram com o paciente ao longo do tempo dentro do hospital:

Lá em 95, muitos direitos o paciente não tinha. Eram tirados os direitos deles e não sabia até. Mas hoje ele sabe. Que remédio ele toma, que horário ele vai tomar, o efeito do remédio. Se não chegou na hora, ele sabe que tem que tomar. Eu acho que é pelo direito. O direito comum. Direito que ele tem de saber os riscos que ele tem, e direito dele de ser bem atendido. Fora a cama limpa, a roupa limpa, se limpa duas vezes o quarto, se eles tiram o lixo. Se a comida não veio tão farta (...) é um direito dele. É um direito.

O entrevistado K, corrobora com a questão de que houve uma transformação nas características do paciente, abordando também a relação que existia com a classe médica. O entrevistado afirma:

Antes, o paciente vinha e ele era muito refém do profissional médico. Do profissional da área da saúde. Porque era quem dominava, não é? E hoje as pessoas têm acesso aos remédios, tem um mundo de informações ali que elas pesquisam. E não é só o paciente, é o familiar também. Então, está existindo uma outra cultura frente ao seu tratamento, frente ao seu cuidado. Frente ao que lhe é oferecido. As pessoas hoje, elas vêem tudo com muito mais exigência, preferem mais conforto, querem mais segurança e isso está fazendo todo um movimento assim de qualificação dos profissionais. Estrutura, profissional, assistência (...) ele não vem aqui sem informação. Ele vem informado. Assim, tem que funcionar bem a estrutura para fidelizar esse cliente. Então, para isso, tem que se ter uma estrutura muito forte.

Manifestação sobre o mesmo assunto pode ser observada na fala do entrevistado S, quando este aborda práticas que eram consideradas usuais dentro do hospital e que, dentro da possibilidade, são evitadas ao máximo:

Por exemplo, se o paciente está no quarto, e usa “chapa” (prótese dentária), por exemplo. Não tem nenhuma razão para tirares a “chapa” no quarto e fazer o paciente circular pelo corredor sem dentes. Leva ele com a “chapa”, e na hora da cirurgia, no bloco cirúrgico, tira. Não tem por que expor o paciente. Vai fazer um

exame, por exemplo, transportar uma senhora com os seios descobertos. Não, tapa direitinho. Tudo isso é fundamental e tem que existir.

É possível trazermos para a análise então o que nos diz Sennett acerca do consumidor, quando este passa a assumir um papel determinante como motivador do mercado, requerendo uma gama cada vez maior de produtos e soluções para as suas necessidades e desejos. Assim, a cultura do novo mercado não permite que "se façam as coisas do mesmo jeito ano após ano, ou que se façam a mesma coisa" (Sennett, 1999).

Nos diversos setores pesquisados dentro do hospital, observou-se que grande parte das demandas dos pacientes está relacionada à sua alimentação. Segundo o entrevistado T, as refeições são o "momento de maior prazer do paciente no seu dia-a-dia dentro do hospital". A declaração do entrevistado L a seguir exemplifica a forma como se busca o atendimento das necessidades dos pacientes:

Hoje a gente tem muitos pacientes fazendo exames que têm restrição, não podem tomar café, não podem tomar refri, não podem tomar chocolate. Então, isso tudo a gente atende ao longo do dia. Então realmente é uma coisa muito complexa, parece fácil entrar no hospital (...) nós temos toda uma rotina de atendimento, de três refeições, temos uma preocupação com um produto que está sendo servido, com a apresentação da bandeja, com a informação ao paciente que a nutricionista informa. Aliás, ela informa para quem vai separar. Para a triagem ter um entendimento daquilo que o paciente precisa que esteja no prato. Que ele não chegue – "opa, eu não pedi isso, eu pedi um frango". Então são coisas bem...são coisas que parecem complicadas. Então tem todo esse trabalho.

O entrevistado M aborda a questão do relacionamento com o paciente e a forma como conduzir a aproximação com este, objetivando sua colaboração no tratamento:

Então tem que saber levar o paciente e também explicar para ele o porquê daquela dieta. Então, se eles querem alguma coisa assim fora da dieta deles a gente chama a nutricionista responsável e pede uma autorização (...) no momento em que tu entregas o café, tu já vais ter aquele contato direto com o paciente e é aí que tu vais

começar a conhecer ele. Tu vais chamar o paciente pelo nome. Até levar a janta, tu já vais ter um conhecimento do que ele gosta, não gosta, como é que ele é, como é que ele não é.

Podemos observar que essas declarações estão permeadas pelos conceitos dos autores acerca do trabalho imaterial. No entender de Negri (2003) o saber oriundo do trabalho imaterial é gerado no conhecer e no criar das inter-relações humanas. Assim, é possível afirmarmos que o paciente desempenha o papel de ativador e organizador da relação produção/consumo dentro do Hospital Mãe de Deus, buscando através do processo comunicativo com seus cuidadores materializar as suas necessidades e os seus gostos de consumidor.

Trazendo a análise de Lazzarato e Negri para o ambiente hospitalar, observou-se ao longo da pesquisa manifestações que caracterizam o que nos dizem os autores quando estes afirmam que na lógica do trabalho imaterial “o consumidor intervém de maneira ativa na constituição do produto” (LAZZARATO e NEGRI, 2001, p. 44). Portanto, o resultado produzido se concebe a partir de um processo de criação não só com a atuação de quem está produzindo, mas igualmente com a participação do consumidor.

Na criação desse vínculo com o paciente são inseridas ações de comunicação que proporcionam ao paciente um maior entendimento dos processos pelo quais ele está sendo submetido. O entrevistado G relata:

(...) agora a gente elaborou um material que a gente está conseguindo entregar para o paciente por escrito, explicando a dieta que ele tem. Porque daqui a pouco assim, eu chego lá e digo – “Tu não podes comer pão francês, tu não podes comer fiambre, tu não podes comer sal, tu não podes comer aquilo e aquilo outro” ou eu dou uma lista do que não pode. E aí ele diz - “Por que eu não posso?”. Então assim, se a gente não explica, não fundamenta para ele dentro da forma como ele pode ter esse entendimento, fica complicado. O que pode acontecer? Ele pode não ter uma boa adesão. Ele não sabe porque estão impondo tanta restrição. Então eu sempre procuro explicar (...) tentar fazer com que ele entenda o conceito de que dieta faz parte de todo o arsenal terapêutico que ele tem naquele momento.

Outra declaração sobre a questão da criação de vínculos com o paciente foi feita pelo entrevistado E, em relação à diferença de percepção de pacientes do hospital na utilização dos serviços ambulatoriais e de internação, ao declarar que a percepção do cliente ambulatorial é diferente da percepção do internado. O entrevistado declarou mais:

No ambulatorial ele vem faz uso do serviço e vai embora. Então ele tem aquela percepção em horas. O internado já não. O internado, ele vem, interna, baixa no leito e ele faz uso da parte de enfermagem, médicos, hospital. Então o tipo de percepção ali é diferente.

A abordagem da questão do tempo na vivência hospitalar do paciente foi analisada por Sant'Anna (1997) em seus trabalhos. A autora afirma que o paciente vive sob a angústia da espera e, por vezes, a rotina de esperas cria para o doente, com seus sofrimentos e solicitações, a constrangedora sensação de que ele é um obstáculo ao bom funcionamento do hospital. E é isso que relata o entrevistado G:

Na realidade assim o que a gente procura é estabelecer um vínculo com esse paciente porque muitas vezes os pacientes ficam chateados de nos dizer o que não gostam porque eles acham – “pô, mas ela está sendo tão boazinha, tão querida, tão atenciosa” (...) então às vezes eles acabam não nos contando coisas. Então, é muito importante estabelecer esse vínculo (...) então esse link é muito importante. E procurar, assim, acolher esse paciente, fazer com que ele se sinta à vontade para poder fazer essa interação com a gente e fazer com que ele possa ter um entendimento do porquê ele está tendo de repente essa série de restrições.

Outra prática que vem sendo desenvolvida pelo Hospital Mãe de Deus nas unidades de transtorno de humor e de dependência química é um trabalho focado de reuniões de orientações técnicas nutricionais para que o paciente possa entender suas restrições nutricionais e quais as necessidades que eles possuem. A criação desta prática se deveu pela importância que a alimentação ocupa dentro do processo de recuperação do paciente e pelas dificuldades advindas da mudança de hábitos alimentares requerida pelo hospital. A recorrência de

situações problemáticas levou à adoção desta medida, cujos resultados têm sido considerados bastante satisfatórios. O entrevistado H afirma:

(...) o paciente é muito complicado. É difícil satisfazer ele não é? Ele está numa situação tão estressante. Quando um paciente está no hospital já não está na sua melhor situação, o paciente às vezes fica agressivo, de saco cheio. É bem complicado.

O entrevistado L discursa sobre a importância desta medida na relação com o paciente, na busca de atendimento de seus desejos ao afirmar:

Agora, por que eu entendo? Porque eu vou lá no paciente e vejo o que ele quer. Estou muito mais próxima do paciente (...) a comida faz parte de todo tratamento porque nós solicitamos ao avaliar o paciente, mostrando para ele que não adianta só o remédio. A alimentação aliada ao medicamento ela vai ser o benefício que se espera durante a internação dele aqui (...) então o que a gente tem que fazer? Nós, funcionários temos que dar o melhor para eles. E a gente visitando, negociando com eles, orientando, educando (...).

Assim, podemos observar que ocorre na relação dos trabalhadores com os pacientes um fluxo de comunicação que se mostra importante até mesmo como forma de auxiliar na sua recuperação dentro do hospital. Isso nos remete ao que nos dizem Lazzarato e Negri, ao afirmarem que é o trabalho imaterial que inova continuamente as formas e as condições da comunicação e, portanto, do trabalho e do consumo, dando forma e materializando as necessidades, o imaginário e os gostos do consumidor. E assim, “estes produtos devem, por sua vez, ser potentes produtores de necessidades, do imaginário, de gostos” (Lazzarato e Negri, 2001, p. 46).

Faz-se importante salientar que nesses fluxos de comunicação encontra-se presente, desempenhando importante papel, a figura do acompanhante do paciente, na maioria das vezes, um familiar próximo. A relação que se estabelece com os atendentes de saúde é complexa na medida em que os parentes podem ser igualmente exigentes e críticos, especialmente se pensarmos que a hospitalização de seu ente familiar implica inadequações a si próprios, o que pode acabar criando um ambiente psicológico desfavorável.

O Hospital Mãe de Deus manifesta preocupação com as questões que envolvem o acompanhante e observaram-se algumas manifestações neste sentido. Algumas ações têm sido implantadas especificamente para os acompanhantes., sobretudo no que diz respeito à alimentação. O entrevistado L demonstra a preocupação com esta questão:

A gente também pensou no acompanhante. Então o acompanhante come a sobra da comida do paciente em alguns casos. Então tem uma dieta hiposódica¹⁶ e aí o acompanhante do paciente come. E o que ele vai dizer? - "Poxa, comida sem graça". Mas, o paciente precisa comer aqui, ele não. Então são coisas que a gente está trabalhando muito em cima do acompanhante.

O entrevistado continua sua colocação destacando a importância do entendimento por parte do acompanhante como forma de auxílio na recuperação do paciente, onde importa que o as medidas que são adotadas na nutrição sejam vistas não como restrições e, conforme suas palavras, "que ele enxergue que o que tu estás fazendo é muito bom (...) então que o acompanhante do paciente perceba que todo esse trabalho que a gente está fazendo, todo esse envolvimento, toda essa preocupação é benéfica para o paciente".

O hospital também definiu alterações no café da manhã dos acompanhantes, antes servido com o café dos pacientes. Agora, o acompanhante se dirige até o coffee-shop, onde lá tem um serviço diferenciado à sua disposição.

É possível avaliarmos então que as medidas que o Hospital Mãe de Deus adota com relação aos pacientes e seus acompanhantes podem estar inseridas dentro do contexto de produção de subjetividade discutida por Lazzarato e Negri (2001), cujo objetivo é construir o consumidor/comunicador. Neste aspecto, conforme observado anteriormente, a subjetividade passa a ser o elemento central da produção imaterial e se faz necessária a criação de um ambiente no sentido de fazer consumir, criar o desejo de consumo. E esse pensamento é manifestado na seguinte fala do entrevistado E, quando este afirma que "o cliente tem que ser tratado de uma forma diferenciada para que a gente consiga priorizar ele e fazer

¹⁶ A dieta hiposódica é aquela que não possui a adição de sal.

com que ele retorne, que possa vender o hospital fora daqui”. O entrevistado segue afirmando que o que é buscado é a fidelização do cliente e para isso acredita ser necessário “superar a expectativa, porque hoje não basta tu atenderes a expectativa, tem que superar”. Opinião que é corroborada pelo entrevistado G, que afirma que o serviço prestado dentro do hospital é “quase que um serviço personalizado”.

Vimos que a produção de subjetividade se dá para que se possa construir o bem imaterial, que se constitui no desejo, opiniões, gosto das pessoas, ou seja, a construção do cliente. Hardt e Negri afirmam que para que isso ocorra é necessário que o trabalho afetivo produza redes, formas comunitárias, biopoder (HARDT e NEGRI, 2001, p. 314). E estas redes precisam ser perenes para que a fidelização dos clientes seja sustentada.

Desta forma passamos a observar, dentro das premissas de que o produto deste trabalho coincide com as próprias relações sociais de cooperação, a existência de manifestações que corroboram com esse pensamento dentro do hospital.

Iniciamos com a fala do entrevistado D:

O nosso trabalho é visando sempre ao lado de cliente, bom atendimento até pela recuperação do nosso paciente. E o serviço de higienização é um dos principais também. Do médico, uma cirurgia bem feita. Mas se a higienização não for bem feita, vai prejudicar lá o tratamento e a recuperação do paciente. Então o nosso serviço é um dos serviços mais importantes também na área hospitalar. A limpeza, seja lá de sala cirúrgica ou apartamento com o paciente, as áreas administrativas, tudo.

O entrevistado F corrobora com esse pensamento:

Todos, todos eles, da enfermeira até o faxineiro, ele tem a mesma orientação porque não adianta ter uma excelente enfermagem ou um médico renomado, se o atendimento não funciona. A coisa tem que andar harmonicamente.

Isso reforça a idéia de que no trabalho imaterial o papel central dos relacionamentos e a criação de redes desempenha tarefa importantíssima. Esta

realidade requisita algumas capacidades, apontadas por Pelbart (2003), como a capacidade de se comunicar, de se relacionar, se associar, de cooperar, de forjar conexões e fazer proliferar as redes.

Conforme apresentado anteriormente, o desenvolvimento desta pesquisa se deu em diversas áreas do Hospital Mãe de Deus, cada qual com suas características distintas tanto de gestão de processos quanto de características dos trabalhadores. Mas é possível afirmar-se que a idéia de cooperação como forma de atingir os objetivos propostos pela organização se faz presente. Pitta, citando Nogueira¹⁷, nos traz a idéia de que o hospital, enquanto organização de trabalho coletivo em saúde, tem uma divisão técnica que absorve as características de manufatura, e como tal teria no valor de uso e sua lógica de qualificação no interior do setor terciário como serviço a ser consumido. Afirma ainda que a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas se faz acompanhar por “uma integração através de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, e depende ainda, substancialmente, do conhecimento e destreza do trabalhador” (PITTA, 1990, p. 48).

Dentro deste pensamento se enquadra a fala do entrevistado D quando este descreve a forma com que o trabalho sob sua supervisão é desempenhado em relação a outros setores dentro do Hospital Mãe de Deus:

(...) um é ligado ao outro. Eu dependo do “X” lá da lavanderia pra me liberar a roupa para eu poder entregar o leito em tempo hábil, em tempo certo. Se estragou a máquina dele lá, ele vai atrasar a roupa. Então eu tenho que ver com eles o que está acontecendo. Temos pouco tempo. Então tem que ser negociada aquela roupa lá no outro andar pra não ficar esperando a liberação também. Ou eles dizem - “estou te mandando um funcionário agora com um jogo de roupa lá no andar pra se abastecer ali”. Então é bem parceria, não é? Eu trabalho em parceria também com a manutenção porque se estraga uma persiana ali e tem uma hora para entregar um leito, eu tenho que saber se eles conseguem consertar dentro de uma hora. Eu também não posso entregar um quarto com uma persiana caída.

¹⁷ Nogueira, K. P. Força de trabalho em saúde. Textos de apoio, Planejamento I, ABRASCO/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987, p. 13-18.

Então eu dependo também deles. É bem uma parceria, manutenção, lavanderia.

Na mesma linha de pensamento, o entrevistado F declara a importância da cooperação dentro do próprio setor, cujo processo de trabalho é composto por várias etapas. O entrevistado declara que “é preciso ter todo esse envolvimento realmente de trabalhar em parceria com o pessoal da produção, que tem uma distribuição adequada porque é a garantia que eu vou ter que essa minha conduta vai acontecer”.

Ainda o entrevistado M declara a importância do trabalho em conjunto, a forma em que ele deve se inserir num sistema de cooperação e rede:

Todo trabalho nosso não é? Começa lá em baixo, mas se lá em baixo falhar, a primeira atendente que falhar na copa central, o negocio não anda. Então isso aí eu tenho que trabalhar bastante com elas.

Essas manifestações dos trabalhadores do Hospital Mãe de Deus demonstram que a importância dos relacionamentos se dá também de forma interna à organização, onde o trabalho imaterial necessita da cooperação, do envolvimento e da sinergia nos processos de trabalho. Sempre tomando como pressuposto o fato de que o cliente ocupa posição de uma figura central influenciadora e, muitas vezes, constituinte do processo de produção, e satisfação das necessidades, conforme abordamos anteriormente.

E nesse sentido também observou-se o pensamento de um entrevistado que atua como terceiro dentro do processo de trabalho do hospital. O entrevistado I faz considerações permeadas pelo sentido de cooperação e envolvimento com as questões do trabalho:

A gente também presta um trabalho, uma parceria assim com o hospital. Até para poder interagir melhor com o paciente, para a gente poder saber o que o paciente quer (...) ele está num serviço só. Por isso que as pessoas têm que ser bem acertadinhas porque é dessa forma que o paciente vai sair daqui satisfeito (...) mas só por ser terceirizado, não quer dizer que a gente não esteja envolvido. A gente está envolvido até o último fio de cabelo (...) sabe, porque não

tem como tocar esse trabalho se não tiver hiper envolvida, sabe. E por isso esse nosso envolvimento com a nutrição do hospital.

Isso nos permite afirmar que entre os profissionais das diversas áreas do Hospital Mãe de Deus existe a formação de uma rede de relações necessária para realizar as diferentes atividades hospitalares, cujo trabalho coletivo objetiva, a assistência adequada ao paciente. As atividades relacionadas aos cuidados ao paciente normalmente estão relacionadas ao trabalho desenvolvido por médicos e enfermeiras, e a pesquisa, que não abordou estas classes de trabalhadores, demonstrou que as demais áreas ocupam posição relevante para o desenvolvimento das ações cuidadoras do paciente do hospital. Por ter características de complexidade acentuada, observa-se a formação de uma rede de cooperação entre os diversos setores envolvendo trabalhadores com diferentes níveis de formação e cada qual tendo uma importante parcela de contribuição no objetivo maior da organização, de prestar serviços de saúde.

4.4 A HOTELARIA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS GESTORES E TRABALHADORES DO HOSPITAL MÃE DE DEUS

Ao focarmos as análises sobre a questão da hotelaria hospitalar dentro do processo de gestão do Hospital Mãe de Deus, consideramos que seja relevante fazermos um breve histórico de como o assunto vem sendo tratado ao longo da história do hospital. As informações destacadas aqui foram obtidas principalmente com os entrevistados da pesquisa que acompanharam o processo e a inserção das idéias dentro do hospital.

No final da década de 1980, a área hospitalar no Brasil acordou para essa questão da hotelaria hospitalar. Até então não existia esse conceito na área e alguns ensaios passaram a existir no mercado hospitalar. Os hospitais eram muito semelhantes nos seus modelos de assistência, cirurgias, UTIs, emergências. A

partir de então passaram a ser discutidas questões de infra-estrutura de conforto, de hotelaria, como forma de agradar ao cliente.

Em 1992, um dos principais concorrentes do Hospital Mãe de Deus no mercado hospitalar já vinha desenvolvendo um trabalho na área da hotelaria hospitalar através da constituição de uma equipe multidisciplinar, que tratava de qualificar quadros, revisar processos na área de nutrição, modificar uniformes, inserindo características oriundas da hotelaria tradicional. A partir desse fato, os gestores do Hospital Mãe de Deus optaram, em detrimento de montar uma equipe específica, buscar no mercado um profissional hoteleiro que passou a exercer tarefas de coordenação no recém criado setor de Hotelaria e Serviços. À época, existiam oito gerências dentro do hospital e a nova gerência criada passou a incorporar atividades de alguns setores e coordená-los nessa nova estrutura de hotelaria e de serviços, que tinha sob sua supervisão cerca de 350 funcionários do hospital.

A partir de então teve início um forte trabalho dentro do hospital, com a introdução de diversas modificações. Foram definidos novos uniformes na área de nutrição, de higienização, de manutenção, até mesmo nos uniformes das enfermeiras, técnicas de enfermagem. Foram feitas modificações estruturais nas copas nos andares, reestruturação de todo o cardápio, introdução do frigobar, introduzindo conceitos de serviços de hotel.

No ano seguinte o hospital já era reconhecido por sua nova aparência, sobretudo pelo uniforme diferenciado, pelo padrão de comportamento e técnicas de atendimento. Foram sendo desenvolvidos cursos de formação e qualificação dos trabalhadores do hospital, buscando como referencial trabalhos semelhantes que já eram desenvolvidos há mais tempo no centro do país, especialmente em São Paulo.

Nesta mesma época, simultaneamente o hospital concebeu o projeto do housing. A idéia veio após ter sido formada uma comissão do hospital que era composta por diretores, arquiteto, engenheiro, médico e irmãos, cujo objetivo era fazer um levantamento no mercado internacional de saúde. Entre os locais visitados estava o Cleveland Clinic e de lá trouxeram o conceito do centro clinico

interligado com a estrutura hospitalar, com conforto, facilidade para os médicos, uma estrutura de hotelaria, tudo dentro de um mesmo complexo.

A idéia do housing se incorporava à idéia central de um centro clínico, com uma torre de médicos e uma torre de hotelaria. Um prédio destinado a cada uma das finalidades, dentro de uma mesma estrutura. Na torre dos médicos, consultórios de diversas especialidades, e a possibilidade de ter nesses médicos, parceiros da instituição, pela proximidade com o hospital. Esta estrutura funcionando num sistema de condomínio, com os médicos adquirindo os consultórios. A torre de hotelaria, que seria denominada housing, com a intenção de tornar o hospital uma referência no Estado, inovando no atendimento de pacientes de baixa complexidade. Junto às duas torres, a instalação de lojas de conveniência de saúde, locais de alimentação, laboratórios, farmácias, posto bancário, e outras facilidades, tanto para pacientes e familiares, como para os próprios trabalhadores do local.

O housing tinha um conceito de internar pacientes basicamente que necessitavam, no máximo, um autocuidado, ou seja, que o próprio paciente pudesse cuidar de si mesmo, na medida em que tivesse todas as orientações médicas e nutricionais. Foram idealizados apartamentos com forte apelo de hotelaria, porém com uma estrutura assistencial mínima, já que a idéia básica era o paciente se autogerenciar. Na montagem da estrutura do housing foi buscado um padrão de hotel quatro estrelas. Um quarto confortável, bem decorado, com facilidades características de serviço hoteleiro.

Este forte desenvolvimento teve duração até o ano de 1995, quando as políticas de gestão do Hospital Mãe de Deus passaram a ser marcadas por ações na área de qualidade total. A organização passou a concentrar seu foco mais na questão do negócio do que no desenvolvimento de ações de hotelaria hospitalar. Com o foco no negócio, a hotelaria hospitalar passa a ser considerada um meio já inserido dentro da organização e não uma função básica, que demandasse toda uma estrutura diferenciada dentro da instituição. Assim, foram instituídos programas voltados para a qualidade, já tendo a definição de que a hotelaria hospitalar estava enraizada dentro destes conceitos de qualidade. Naquele ano

então, ocorre uma nova reestruturação administrativa no hospital e é extinta a coordenação de Hotelaria e Serviços. Naquele momento considerou-se que as áreas envolvidas com questões de hotelaria estavam conduzindo suas ações agindo com um espírito de diferenciação, de atender melhor o cliente, inserindo o conceito de hotelaria no contexto do hospital.

O próprio housing sofreu grandes alterações. Hoje o setor destinado à hotelaria está reduzido a 12 apartamentos. Os demais andares foram sendo ocupados pelos serviços de oncologia, dependência química e transtornos de humor. O quinto andar foi destinado para a localização da diretoria do Hospital Mãe de Deus, e o sexto andar em breve será ocupado por um instituto vascular. Um dos principais motivos da mudança nesse projeto foi o descredenciamento por parte da principal operadora de planos de saúde no mercado, cuja estrutura de hotelaria não atendia aos requisitos exigidos contratualmente, fazendo com que a demanda, antes coberta pelo plano assistencial, caísse significativamente.

A fotografia a seguir se mostra esclarecedora para a compreensão do apelo hoteleiro buscado na concepção do housing.



Figura 9: Vista do hall de entrada e recepção do housing

Fonte: Acervo do pesquisador

Assim, ao conhecermos as principais características que nortearam os caminhos da hotelaria hospitalar dentro do Hospital Mãe de Deus, passamos a abordar o entendimento da questão por parte dos trabalhadores e gestores da instituição na atualidade, suas características marcantes e as possibilidades futuras.

Pereira (1990, p. 64), no livro “Dez andares de fé”, que conta a história do Hospital Mãe de Deus, faz a seguinte descrição do hospital:

Logo ao entrar, na recepção, o surpreendido visitante pode ser acometido da impressão compartilhada pela maioria: o “*hall*” não parece o de um hospital. A decoração, amparada nos sofás, tapetes, folhagens, é completada pela distribuição do ambiente que dá acesso aos elevadores, ao corredor (onde estão a lancheria, a agência bancária e a revistaria) e ao setor de internação (onde ficam as recepcionistas). Não há médicos com jalecos brancos ou enfermeiras com toucas nos cabelos circulando nessa área, onde predomina o verde, tanto da vegetação dos vasos como dos uniformes das funcionárias que lidam com o público diretamente (PEREIRA, 1990, p. 64).

A descrição, feita em 1990, demonstra que mesmo em um tempo onde não existiam conceitos de hotelaria muito desenvolvidos no mercado, muito menos aplicados ao ambiente hospitalar, já existiam manifestações dentro do Hospital Mãe de Deus com relação a um diferencial que era buscado no sentido de proporcionar um maior conforto para os seus usuários.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa dentro do Hospital Mãe de Deus observou-se uma variedade de pensamentos relacionados à questão da hotelaria hospitalar. Alguns contraditórios num certo sentido, outros que demonstram que a gestão do hospital considera a questão de suma importância para o alcance de suas metas.

Relacionando essa importância com o conceito de foco no cliente, o entrevistado A faz a seguinte consideração:

A gente se deu conta que nós temos que desenvolver esse conceito de atendimento que a gente precisa. E o caminho para sustentar o atendimento ao cliente é o conhecimento também da hotelaria e daí com um pouco de psicologia. São conhecimentos que são

complementares em tudo o que se procura. E a gente tem, assim, poucos profissionais representativos dessas áreas (...) e hotelaria é o que a gente faz aqui dentro também.

No desenvolvimento do referencial teórico observou-se o conceito de hotelaria hospitalar e as considerações que os autores da área fazem acerca daquilo que é necessário ser buscado dentro do processo de hotelaria hospitalar em um hospital. Ao retomarmos o conceito de Dias (2003), que considera a hotelaria hospitalar como a infra-estrutura do hospital voltada para o conforto, segurança e bem-estar do cliente externo e interno, buscando transformar o ambiente num ambiente mais acolhedor, observa-se que a essência das idéias relacionadas ao assunto encontra-se na qualidade do serviço que deve ser prestado ao paciente. Corroborando com isso, o entrevistado L declara:

Assim, eu imagino que, como no hotel, as pessoas têm que vir aqui e precisam de uma estrutura boa. Que a pessoa tenha tudo a seu alcance, num hotel. No momento em que eu estiver aqui eu quero um ambiente limpo, que eu levante o telefone e que as minhas necessidades sejam atendidas. Então trazendo para essa questão de hotelaria, as pessoas estão estressadas quando chegam aqui no hospital. Então esse é o grande diferencial dentro desse hospital.

Ainda se referindo à questão dos pacientes e sua relação com o hospital e o padrão de atendimento que deve ser buscado, o entrevistado L complementa:

Então, as pessoas vêm mais estressadas, as pessoas se afastaram do trabalho, as pessoas se afastaram da família, estão preocupadas. Então com o que tu tens que te preocupar? Em primeiro lugar garantir que ela vai sair melhor do que entrou, o que a gente nem sempre garante (...) então tem a questão da limpeza, a questão de que a roupa esteja seguramente limpa porque num hotel tu vais como uma pessoa sadia, tu normalmente estás bem. Aqui, todo mundo está doente. Então esse lençol tem que estar seguramente limpo. O chão seguramente limpo e a comida seguramente preparada e adequada a minha necessidade.

O entrevistado F manifesta opinião semelhante ao declarar:

E falando em hotelaria eu vejo assim que é um grande benefício onde todos os serviços estão presentes. O cliente está aqui mas sabe, é a lavanderia, nutrição, lancheria, é a segurança, é a

limpeza, é a manutenção. Então todos os serviços, tirando a área assistencial, que é médico, enfermagem, tudo é hotelaria. Todos são serviços de apoio. Tu tens que ter o apoio para equipe que fica aqui mas eles têm que me respeitar e eu tenho que respeitar eles.

Com isso, é possível retomarmos também as idéias de Boerger (2005) que destaca os serviços de apoio, associados aos serviços específicos, oferecendo aos pacientes em especial, mais conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação. O entrevistado I, dentro do mesmo pensamento afirma que o importante em se observar é “os detalhes que fazem uma grande diferença de hospitalidade”. E os detalhes fazem parte de uma grande gama de serviços e atitudes que os trabalhadores devem observar em suas atividades laborais, já analisadas anteriormente.

Ainda dentro desta questão, o entrevistado R faz as seguintes considerações:

(...) eu diria que a hotelaria hospitalar é aquela que mais deveria estar preparada em questão de pessoa humana. Porque o paciente, ele enxerga a higienizadora do quarto dele, ele enxerga a pessoa que vai servir a alimentação, ele enxerga a pessoa que vai fazer um atendimento. Se essa pessoa está qualificada, eu tenho certeza que o atendimento vai ser bem feito (...) porque a hotelaria é aquela que enxerga as coisas que precisam ser feitas.

Cresce então em importância o que deve ser observado dentro do hospital quando buscamos aquilo que nos diz Boerger a respeito do sentido de cooperação e envolvimento que se faz necessário para que a execução das rotinas do hospital seja traduzida na qualidade do atendimento e acolhimento, “através de princípios operacionais e de gestão que devem ser aceitos, entendidos, absorvidos e efetivamente exercidos por todo o corpo hospitalar” (BOERGER, 2005, p. 55).

Ao relembrarmos o que Taraboulsi (2004) afirma sobre a idéia de que a hotelaria hospitalar surge no sentido de retirar dos hospitais da “cara de hospital” e trazendo em sua essência uma proposta de adaptação à nova realidade do mercado, modificando e introduzindo novos processos, serviços e condutas, observaram-se manifestações interessantes a respeito disso ao longo das entrevistas.

Moraes, Candido e Vieira também afirmam que as mudanças num hospital têm como objetivo:

(...) mostrar para quem entra em um hall de hospital moderno, que a semelhança com um lobby de hotel de luxo é muito grande. Da entrada, as macas, os clientes entubados, as enfermeiras caracterizadas em seus uniformes brancos, a correria de médicos e o conhecido cheiro de éter foram literalmente abolidos: são coisas do passado. Essa transformação causa um impacto positivo e se caracteriza pela chamada mudança de cara (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 51).

O entrevistado I, lembrando sua passagem na condição de paciente dentro do hospital, declara:

Eu sei como é que é ser uma paciente, e agora eu vejo aquela recepção, aquela entrada no Mãe de Deus que eu acho, não tem cheiro de hospital, sabe? Não precisa mesmo ter aquele cheiro, porque tem muitas pessoas que entram ali para a felicidade, por exemplo, ganhar o seu filho é a maior felicidade do mundo. Ou outra pessoa também, alguém que vá fazer uma plástica sabe, ficou a vida inteira com aquele nariz que não gostava, que não fazia bem e sai dali renovada. Então, tem pessoas que chegam mal e saem “super” bem. Sabe, então tem muita coisa boa assim, sabe, no hospital. Então não precisa ter aquela aparência de hospital.

O entrevistado J corrobora com a declaração anterior quando afirma que “o cliente não tem uma percepção que ele está chegando num local, num ambiente totalmente hospitalar. Antes, ao chegar, ele sentia cheiro de hospital. A gente quer que o cliente se sinta como se tivesse em casa, ele tem que ser bem acolhido”.

Ao entrevistarmos o entrevistado Q, observou-se que esse entendimento se faz presente, dentro da idéia de que o Hospital Mãe de Deus devia ser diferenciado enquanto instituição hospitalar modificando padrões vigentes, desde a época de sua concepção:

(...) vejo que nós damos sempre essa orientação desde a falecida, a própria fundadora. Ela dizia assim pra nós – “Aqui quando as pessoas entram no hospital, não pode sentir cheiro de remédio, nem

as cores de um hospital. Tudo branco, não pode. Tem que dar uma coisa que as pessoas se sintam bem". Eu vejo assim: a pessoa está doente mas ao mesmo tempo ela vem se sentindo numa área física ou um acolhimento que vem das pessoas, um sorriso, que elas se sintam até animadas para tratar da própria doença.

Assim, a idéia de mudança de "cara de hospital" que é buscada pela organização se faz de forma bastante intensa, também, e especialmente quando se observa a questão da nutrição, dos serviços de alimentação prestados aos pacientes. Isso pode ser observado em algumas declarações, como a do entrevistado K:

Mas eu vejo assim, eu vejo que cada vez mais as empresas estão buscando transformar esse ambiente hospitalar, os leitos hospitalares, numa estrutura mais confortável, com mais recursos, que se aproxime de um ambiente mais hoteleiro mesmo. Porque existe um preconceito grande com hospital. Tem pessoas que resistem as internações porque não gostam de hospital, porque cheiro de hospital, porque comida de hospital. Tantas coisas que a gente oferece em cardápio hoje de apresentação, de recursos ilimitados, que mudam essa apresentação e se tornam mais agradáveis assim, mudando esse ambiente de hospital.

O entrevistado L relata a importância de uma nova mentalidade no serviço de nutrição que deva ser prestado aos pacientes, baseado na forma como a questão era entendida:

Mudar essa concepção. Porque a gente sempre soube a preocupação que a comida de hospital é insossa e ruim. Então o que a gente tentou mudar? Mudar justamente a questão do paciente. E as pessoas perceberam que se há pessoas que dizem assim, "- vou ficar três dias aqui e eu não vou gostar da comida". E as pessoas não se importavam.

O entrevistado I, ao ser questionado sobre o que era buscado em suas rotinas de trabalho, como detalhes que fizessem com que a alimentação servida não tivesse mais a aparência de "comida de hospital", afirma:

(...) a gente tem todas as montagens de pratos que a gente está fazendo. É saber servir as refeições, aquele realce assim de hotel,

sabe? Mas a gente procura fazer isso. Tanto é que os nossos pratos não são o arroz, o feijão e a carne. Não, a gente coloca molho de alcaparra, a gente faz a decoração do prato.

E, avaliando essas modificações, o entrevistado K considera que “a alimentação sempre esteve muito prejudicada (...) porque a comida é ruim, porque não tem sabor e realmente o paciente com reclamações (...) mas eu vejo, em termos de variedade e apresentação, que já melhorou muito”.

O entrevistado R, voltando-se à questão da alimentação fez uma consideração que vai ao encontro do que foi discutido anteriormente, especialmente sobre a imaterialidade do novo modelo de trabalho que é demandado em uma instituição hospitalar. O entrevistado observa a importância, além da qualidade daquilo que é servido, também a forma como deve ser servida a alimentação ao paciente, dentro das características também de hotelaria. Ele afirma:

Esse toque, essas palavras é que deixam o conforto. Por isso que eu acho que a hotelaria hospitalar tem que ser a primeira, a mais importante para mim, porque é ela que faz isso. Se jogam aquela comida ali, de qualquer jeito. Não é assim. Deve ser: “- Eu trouxe a sua alimentação, quer que eu lhe ajude?”. Quando volta para buscar: “- Você gostou? O que você não gostou?”. Anota, leva para o serviço de nutrição. “- Olha o paciente achou que isso aqui...”. Agora tu tens que ter um pessoal que tenha esse nível de polidez.

Além da alimentação, outros aspectos são destacados pelo entrevistado K como merecedores de destaque para que a experiência diária vivenciada pelo paciente e acompanhante durante a internação, ocorra com maior aconchego e satisfação, podendo ser especialmente encontradas na recente ampliação feita no hospital:

A nossa cama é uma cama que tem recursos, levanta a cabeceira, levanta pé, mas ela está dentro de uma atitude como se fosse uma cama de casa assim, não é uma cama de hospital. É uma cama comum como se fosse um hotel mas tem todo o recurso que tu precisas para atender um cliente. (...) tu fostes ver a área nova que foi ampliada? O quarto é uma graça, desde as cortinas. Então tu entras assim, não é aquele ambiente hospitalar. Tem o recurso

embutido assim. Está muito bonita a área nova. Até se tu tiveres a oportunidade vale a pena. É agradável o quarto, armário, pia, tudo moderno...aquela sensação de conforto, de aconchego...

Outro aspecto relacionado à questão da humanização no atendimento, já analisada, é a colocação feita pelo entrevistado Q:

Então, a humanização está dentro do sistema de hotelaria? Até está muito mais voltada para funcionalidades. A hotelaria está construída com base em funcionalidade e com base em custo, em baixo custo, não em alto custo. Eu posso te dizer, exemplificando, tentando trazer isso para uma realidade mais clara, um DVD é um ato de humanização ou um ato de qualificação da hotelaria, pura e simplesmente para, num viés de marketing, poder cobrar mais? Vai depender da leitura que tu quiseres fazer.

O mesmo entrevistado afirma ainda que as questões da hotelaria com o lado de humanização no atendimento ao paciente dentro da organização ainda demandam aprimoramento, conforme é possível se observar quando o entrevistado afirma: “Quando tu perguntas: e a questão da formação da hotelaria em relação à questão do humano, da questão da humanização, fazer esse link? Nesse link hoje, está faltando a liga”.

Sobre a mesma questão, ante o questionamento sobre a humanização no atendimento, o entrevistado P faz a seguinte declaração:

Isso que tu estás dizendo ficou bem lá em 92, 91. A hotelaria contribuiu muito para mudar esse conceito. Mas hoje, me diz um hospital que tenha cara de hospital hoje. Não tem mais (...) isso acabou, já foi diferenciação, hoje não é mais. Entrou na cultura, no principio de dar outra performance para o hospital. Então, e no SUS, público? Aí fica mais complicado pelo contexto social que já tem. São pessoas bem mais simples, movimento muito intenso, maior que a capacidade do hospital. Mas, via de regra, os hospitais já estão devidamente humanizados. Porque eu digo isso? Porque o hospital lida com a vida. Ou tu vais viver ou vais morrer. Obrigatoriamente o teu comportamento, ele tem que ser diferente. Ele tem que ser mais humano. Eu enxergo esse lado da humanização no comportamento da organização. O comportamento dos seus colaboradores. Então essa *performance*, o que ele tem que ser é só melhor trabalhado, organizado e passar essa cultura para os colaboradores. Porque ela já tem, ela já está inserida. O que a hotelaria faz é perfumar um pouco as coisas e o ambiente se torna

mais agradável. Tem pessoas, uma comunicação mais bem preparadas, técnicas de diferentes abordagens e tal. Mas ela pára aí.

Essas declarações nos permitem retomar o pensamento de Sennett (1999), quando este afirma que a volatilidade da demanda do consumidor acaba por originar a especialização flexível com o intuito de colocar cada vez mais rápido, produtos mais variados no mercado. Esta necessidade de adaptabilidade reflete claramente a disposição das organizações em permitir que demandas do ambiente externo influenciem a sua configuração estrutural interna.

Retomando-se às análises sobre hotelaria hospitalar, observaram-se manifestações sobre a forma como a questão é conduzida dentro do Hospital Mãe de Deus, podendo demonstrar que existe a possibilidade de um alinhamento maior de pensamento sobre o assunto. Isso pode ser verificado com a correlação dos depoimentos a seguir. Sobre a hotelaria hospitalar dentro do Hospital Mãe de Deus, o entrevistado E declara:

Eu enxergo assim que está muito mais como filosofia do que como um plano de ação (...) Não vou trabalhar com hotelaria hospitalar. Eu vou fazer projetos para melhorar a estrutura física das unidades de internação. Eu vou fazer um projeto pra mudar a estrutura física da maternidade entendendo que a maternidade é uma unidade diferenciada do hospital. Uma unidade onde se gera vida. Então tem que ter uma percepção diferente.

O entrevistado A manifesta sua opinião sobre a introdução do conceito de hotelaria dentro do Hospital Mãe de Deus da seguinte forma:

O que a gente traz, tem trazido até então, do conceito de hotelaria, ele sempre tem trazido um resultado positivo e importante. Vou te dar alguns exemplos: a questão da nossa recepção. A gente enxerga, assim, a visibilidade de aceitação, de valorização. Sempre que se fez isso, são investimentos em atendimento no conceito que premia essa questão do atender, de pôr mais conforto. Inserir a questão da humanização, sempre tem uma aceitação que é muito boa. Então eu acho que é um caminho que a gente tem realmente. E eu não vejo que a gente tenha investido muito sabe, eu acho que a gente investe pontualmente mas não com um conceito que seja integrado. Isso está faltando.

Quanto á forma de difusão que as idéias relacionadas sobre o assunto se apresenta no hospital, tem-se que:

O operacional tem uma distância e até gestores também têm essa distância, sabe? Porque aquilo já está na mente, o hospital, atendimento hospitalar, atendimento hospitalar, sabe? Eu acho que pode oferecer muito mais. Eu acho que tu tens que atender o paciente como se ele fosse um hóspede. Sabe aquele glamour assim do hóspede, fazer com que ele fique bem, sabe? Eu acho assim, que nem eu te falei, as mudanças aqui tem sido bem legais. Mudanças eu vi (Entrevistado I).

Já outro entrevistado, o entrevistado N, afirma entender que a hotelaria hospitalar ajuda o hospital a se transformar mais num local com soluções de saúde, um local cada vez mais agregando saúde. E que a forma como o assunto é conduzido dentro da instituição está mais caracterizada por núcleos de trabalho.

Nesse sentido cabe destacar algumas características de gestão e estrutura que são características no Hospital Mãe de Deus. A hotelaria hospitalar no hospital não está formatada conforme os especialistas e autores abordados anteriormente descrevem, ou seja, não é mais um sistema tradicional, onde existam diversas áreas sob a gerência de um especialista. Mesmo assim, as opiniões observadas dão conta de que o sistema de hotelaria do Hospital Mãe de Deus tem se mostrado bastante eficiente. Hoje, compondo o sistema de hotelaria do hospital, o setor de limpeza e higienização está subordinado à área assistencial. O setor de lavanderia, controle de roupas, está subordinado a uma área de supervisão de serviços, ligado ao serviço de manutenção. O setor de atendimento ao cliente está ligado a uma gerência de atendimento ao cliente, por sua vez ligado a uma diretoria. A coordenação dentro dos andares, dos apartamentos, está subordinada a uma enfermeira executiva. A área de manutenção está subordinada diretamente a um gerente da manutenção e o setor de nutrição, subordinado a uma gerência que está ligada a área assistencial.

Abordando essa divisão de coordenações das atividades de hotelaria no Hospital Mãe de Deus o entrevistado Q manifesta sua opinião, declarando:

E aqui não é uma questão de certo ou errado (...) tu vêes que não tem ninguém fazendo o comando único do processo. Mas funciona bem. Então é um caso a ser estudado. Quais seriam as vantagens e desvantagens que nós teríamos em colocar isso sob uma única gerência? (...) a gente precisa ainda dar uma discutida melhor, porque essa responsabilidade tão diluída do processo de hotelaria, ela te traz alguma velocidade no processo decisório, porque depende até de diretorias distintas. Tu chegas a ter até três diretorias distintas que trabalham na questão da hotelaria. Mas ao mesmo tempo, também perde o sentido de unidade. Em algum momento perde na questão política, não na questão política pura, mas nas questões de políticas de hotelaria ou de atendimento ao cliente. Quer dizer, as áreas vão se sobrepondo conforme as suas necessidades. Elas vão impondo os seus pontos de vista, fazendo com que o cliente acabe recebendo o seu resultado (...) eu acho assim que o sistema de hotelaria do Mãe de Deus, ao mesmo tempo que ele é referência, (...) ao mesmo tempo ele não tem um sistema de hotelaria estruturado. Pois então como é que ele consegue funcionar? Funciona porque as unidades acabam se desenvolvendo. Mas ele não está totalmente integrado.

O entrevistado acredita ainda que o hospital “poderia ter um ganho em escala, poderia ter um ganho de qualidade na medida em que tivesse alguém olhando especificamente para isso”. As colocações nos remetem novamente ao que dizem Moraes, Candido e Vieira quando estes afirmam que hotelaria hospitalar não tem sua existência apenas para determinar procedimentos operacionais e mudanças pelo simples fato de mudar ou também somente como uma forma de apelo mercadológico. Ao abordarem o sentido de ligação entre os setores, os autores afirmam:

A implantação consciente de modernas técnicas hoteleiras, já testadas em hotéis, e que tenham sintonia com o hospital, possibilitará aos hospitais a conseqüente integração desejada com o serviço direcionado a todo o contingente de pessoas que integram o cliente hospitalar, desde o paciente até o amigo, passando pelo parente. Além disso, a hotelaria hospitalar funciona como um elo entre os setores e profissionais sem, no entanto, interferir no exercício das funções que lhe são próprias. O objetivo principal da proposta da hotelaria hospitalar será sempre o de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, aos colaboradores e à direção. (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 44).

Outra opinião semelhante é manifestada pelo entrevistado E ao se referir sobre a questão da hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus, num comparativo com outro hospital, de reconhecido desenvolvimento na área:

Hoje assim, é muito bonito falar em hotelaria hospitalar, aquela coisa nova, bonita, utilidade de crescer. Mas hoje tu pegas um pouco de cada idéia (...) claro, impossível comparar Albert Einstein com Mãe de Deus. O Albert Einstein hoje é modelo em hotelaria hospitalar em recepção, acolhimento, em estrutura física e tudo mais. Lá eles tiveram trabalho aprofundado pra criar um departamento que dê todo o suporte da hotelaria para a estrutura hospitalar trabalhar. Aqui a gente está no caminho, está se encaminhando pra isso aí. Mas não está nada definido, hoje em dia, no geral assim. Está muito solto, muito solto mesmo. Pega um pouquinho daqui, um pouco dali. E tu pegas e trabalha como tu consegues.

O entrevistado S também tem posicionamento crítico sobre a questão da hotelaria hospitalar, fazendo colocação sobre o perfil de uma instituição de saúde e a necessidade de uma abordagem diferenciada:

Essa questão da hotelaria é um conceito novo. Então tem muita gente tentando entrar por aí, falando da novidade. Parecendo que o restante já está resolvido. Mas o restante não está resolvido (...) pergunto o seguinte: na tua empresa o sujeito é capaz de entrar vivo e sair morto, tendo isso como uma lógica possível no teu processo? Tu podes ter sido tecnicamente competente, teu processo maravilhoso, atendestes com respeito, tua acolhida foi ótima, e o sujeito sai morto. Com todos os seus traumas e sofrimento para as pessoas que ficam, isso é um componente que dá uma dimensão diferenciada.

Com essas afirmações, é possível observar-se que as políticas voltadas à questão da hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus podem estar sendo desenvolvidas individualmente, por cada setor, com iniciativas individuais por intermédio dos gestores destes setores, ou coletivas, por ações sobretudo conduzidas pela área de Recursos Humanos do hospital. A manifestação do entrevistado L, ao afirmar: “eu observo muito estas coisas e eu faço a ligação. Coisas que eu já busquei, que eu já trouxe do hotel para o hospital, um monte de

coisas, de atendimento, de tudo, de apresentação”, pode demonstrar que as ações estão sendo, por vezes, tomadas individualmente.

Isso também pode ser observado na fala do entrevistado F, onde é possível observarmos que a questão de introdução de novos conceitos de hotelaria é definida através de iniciativas individuais e também da troca de experiências com outros hospitais:

Na realidade a gente faz, é muito em cima daquilo...ir fazendo...se vai fazendo. Mas se faz muita troca. Nós temos muita troca entre os hospitais aqui em Porto Alegre (...) a gente faz muita troca, a gente busca “- Ah, como é que vocês trabalham. Como é que você faz isso, faz aquilo?”. Então, a gente busca junto as informações (...) pretendo ir num congresso, lê um livro, vai vendo. E tem muito fundamento com a hotelaria, a hotelaria de hotel. Claro que tem e a hotelaria hospitalar hoje. Ela está crescendo muito. O leito hoje é bem mais exigente. O paciente cobra mais, ele sabe mais, ele tem mais informações. Ele facilmente registra se vê uma coisa inadequada. Eles sabem.

Nesta afirmação, podemos observar algo que vai de encontro à declaração a seguir. Pode-se observar que na fala acima se apresenta um termo hospitalar para se referir ao local onde o paciente fica internado. O entrevistado F, com cargo de gestão, utiliza a palavra “leito”. Já o entrevistado I, também com cargo de gestão, faz a seguinte colocação, tentando demonstrar uma característica que a hotelaria hospitalar procura inserir:

(...) tanto é que até agora eu não consegui falar com as gurias. Não é um “leito”, é o “apartamento” do paciente. Vá levar e entrar no “apartamento” (...) (leito) é hospitalar. Ele tem um “apartamento”. “- Ah, leito e apartamento é a mesma coisa”. Não, nós vamos falar apartamento. “- Ah, eu vou levar a comida lá no quarto dele”. Não vai “levar comida no prato”. Tu vais fazer o “serviço” ou “*room service*” agora, porque o paciente vai pagar na hora. Porque o paciente está pedindo uma coisa além daquilo que está ali.

Na realização da pesquisa, ocorreu a oportunidade de observarmos o movimento de pacientes, trabalhadores e acompanhantes no hall de entrada principal do hospital. A introdução das características de hotelaria é bastante visível e as sensações não remetem a um ambiente hospitalar. A recepção

assume ares de hotel e suas funções são descritas na fala do entrevistado J, fazendo uma analogia com uma recepção de hotel:

(...) a gente faz o atendimento na chegada e na saída do paciente. Internação e a alta dos pacientes. Então na chegada a gente faz a recepção, faz a documentação e depois acompanhamos o cliente até o apartamento ou até a recepção do centro cirúrgico. Então essa questão também está dentro da hotelaria e na saída também. Na saída, o paciente sempre precisa de ajuda com bagagem (...) as bagagens, pertences, é com a recepção. O enfermeiro da unidade liga (...) e o pessoal vai lá busca bagagem e acompanha até a garagem ou até a recepção, para ver o que se faz.

Aqui, apenas a título de registro, cabe um pequeno relato do pesquisador no sentido de que ainda existe oportunidade de maior aplicabilidade das técnicas hoteleiras dentro do setor. Ao aguardar um entrevistado, foi possível observar-se uma paciente, com um recém-nascido no colo e com dificuldades para carregar sua bagagem. A paciente, por repetidas vezes, chamou o atendente da recepção, sem obter sucesso, até que o pesquisador prestasse um auxílio, sendo então obtida a ajuda do atendente.

O entrevistado R se posiciona sobre a hotelaria hospitalar, com um pensamento associado ao discutido anteriormente no referencial teórico, posicionando de maneira crítica em relação à forma como visualiza a questão inserida no Hospital Mãe de Deus:

Eu não tenho dúvidas que a hotelaria hospitalar é aquela em que o paciente sai daqui dizendo “estou satisfeito”. Porque o paciente, ele não tem conhecimento técnico se foi bem atendido pelo médico, se o médico fez certo, se o enfermeiro fez certo ou errado. Agora, se chegar aqui e a porta está estragada, se a janela não abre, o ar condicionado não aquece, isso ela tem conhecimento, qualquer paciente tem. E é isso que nós temos que entregar em primeiro lugar e bem feito. Porque eu tenho certeza que um cliente meu, que entra num quarto e que tem um pedaço de parede caída...”- O que é isso, que hospital é esse? Isso aqui é Mãe de Deus?” Eu não tenho dúvida (...) eu, pessoalmente, não estou satisfeita com a forma que a hotelaria, a higienização, a nutrição da área hospitalar, não só do Mãe de Deus, mas numa forma geral. Os hospitais seriam mais qualificados.

O entrevistado declara ainda que, em sua opinião, as questões voltadas à hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus “são coisas que ainda não estão desenvolvidas”.

As opiniões sobre as possibilidades atuais e futuras do desenvolvimento da hotelaria hospitalar dentro do Hospital Mãe de Deus manifestaram interesse num maior desenvolvimento do assunto, apesar de óticas diferentes sobre a questão. O entrevistado Q manifesta-se da seguinte forma:

Eu penso que a hotelaria do Mãe de Deus é carente de uma visão mais estratégica. É necessário que o Mãe de Deus comece a olhar a hotelaria como um diferencial competitivo, na questão das suas estruturas, no detalhe das suas estruturas. É que nessa área, como setor saúde, a coisa é tão deficitária que uma unidade nova acaba aparecendo bem. Mas quem entende mais dessas questões de estrutura de hotelaria propriamente dita, vai ver que a gente tem uma série de oportunidades, principalmente na questão do acabamento, na qualidade do acabamento das nossas estruturas e também nos serviços, serviços de quarto, de atendimento ao cliente, até da própria nutrição, da apresentação da refeição.

O entrevistado E apresenta outra possibilidade ao defender uma maior aplicação do conceito de hotelaria hospitalar no setor de emergência do Hospital Mãe de Deus, fazendo uma abordagem de referência à literatura sobre o assunto:

(...) trabalhando na emergência eu pude ver que existe um leque maior na aplicação da hospitalidade, de hotelaria no hospital. Dependendo da hotelaria, como acolhimento para a pessoa, superando aquela expectativa que ela tem de sair daqui só com a doença dela curada. Na emergência tu tens uma oportunidade maravilhosa de superar ainda mais aquela expectativa do paciente. Na emergência a coisa mudou, é preciso uma coisa a mais. E eu vi que na literatura que se encontra hoje no mercado, eles associam muito a hotelaria hospitalar com internação hospitalar. Eles não falam nada de emergência, de procedimentos.

O mesmo entrevistado declara que a questão da hotelaria “tem uma infinidade de coisas para se trabalhar dentro do hospital”. Opinião corroborada pelo entrevistado J, quando este afirma que a hotelaria “dentro da instituição ainda tem bastante a crescer (...) está iniciando essa questão, apesar da gente já

conversar isso há bastante tempo (...) eu acho que isso precisa evoluir bastante dentro da instituição”.

O entrevistado Q também manifesta opinião semelhante sobre a hotelaria hospitalar, abordando mais especificamente o desenvolvimento que acredita ser mais necessário:

(...) eu acho que a nossa hotelaria hospitalar precisa crescer muito. Muito. Em questão de postura, em questão de qualificação de pessoal, em questão de apresentação, em questão de estabelecimento de critérios comuns, estabelecer essa, vamos dizer, esses processos que devem ser cumpridos a rigor (...) porque é preciso inculcar nos administradores hospitalares, e nas pessoas que são os primeiros responsáveis pelos estabelecimentos, pelas instituições, seja lá o Mãe de Deus, seja lá a rede do SUS. Porque a pessoa é humana tanto lá quanto aqui. E lá muito mais desprovida de recursos e de necessidades básicas que nós temos que oferecer.

Continuando suas declarações, o entrevistado afirma, de forma categórica, a importância da questão para o hospital, pois segundo o entrevistado “não vai muitos anos que, se não tiver uma hotelaria qualificada, o Mãe de Deus vai perder pacientes”. Nesse sentido o entrevistado visualiza a possibilidade de evoluções técnicas e estruturais dentro do Hospital Mãe de Deus que permitam que o paciente que necessitar, possa, na medida das suas condições físicas durante o período de internação, continuar a exercer suas atividades profissionais, o que declara ser um “sonho alto mas é lá que nós temos que chegar”.

Também abordando um outro tipo de serviço dentro do próprio hospital, e que representaria uma configuração diferenciada daquela normalmente abordada na questão da hotelaria hospitalar, especialmente pelos autores que pesquisam o assunto, o entrevistado E volta a fazer pertinente consideração:

(...) as pessoas acham que hotelaria hospitalar é internação, bonitinho, todo mundo de gravata. As pessoas têm que se dar conta, para todo estagiário que entra aqui, eu comento. O hospital é uma internação bonita, as pessoas engravatadas, mas também é uma emergência onde as pessoas estão estressadas. A gente trabalha com vida e a gente trabalha com morte. As pessoas podem sair pela frente do hospital com seus problemas ou podem sair pela porta dos fundos com um pano branco por cima. É a primeira coisa

que eu falo para o pessoal que chega aqui: “- Vai na CTI”. A CTI é um lugar de extrema importância para a hospitalidade.

Esta é a fala em que, com maior veemência, surge a imagem do hospital como local de dor e sofrimento, cuja principal responsabilidade é tratar as doenças que afetam os pacientes.

Por sua vez, o entrevistado P acredita que a organização já possua uma hotelaria hospitalar bem desenvolvida nas questões de humanização e hospitalidade, e que as diretrizes devam ser voltadas para outras características. Ao ser questionado sobre a necessidade de humanização nos serviços, o entrevistado declarou que a questão estava suplantada por outras, sendo necessária uma nova visão. O entrevistado afirma:

(...) quando a organização enfoca o cliente à frente dos seus negócios, com aquele espírito de fidelização, de diferenciais de marketing, valor agregado, a hotelaria está junto. Então, no meio hospitalar, a hotelaria, ela acaba se integrando de novo neste contexto de atenção ao cliente. (...) nós somos muito bons em atenção ao cliente, até pelos resultados das pesquisas a gente vê. O funcionário, ele é muito atencioso, vem, se prontifica e tal mas ele pára aí (...)Então assim, nós não precisamos, isso naquela época era importante, hoje não. Já tem esse perfil, já. **Agora, o que a gente busca? O que é a própria evolução do mercado, eu preciso de um funcionário vendedor diferente. Uma coisa é atender bem, outra coisa é o vender bem.**

Diante disso, encontramos no pensamento de Moraes, Candido e Vieira um pensamento semelhante, quando esses autores afirmam que A competição e a falta de recursos, aliados a necessidade de buscar novos parceiros comerciais por meio de convênios, fazem com que os hospitais desenvolvam “um processo voltado para a venda, e alguns poucos hospitais enxergam a necessidade da inclusão, em seu quadro de colaboradores, da figura do negociador, que deve estar intimamente ligado a uma eficiente recepção que opere nos moldes dos hotéis e esteja ligada à internação” (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 44).

Aqui, observando as afirmações do entrevistado, com base no referencial teórico, podemos visualizar mais uma característica que passa a ser demanda de alguns trabalhadores do hospital, especialmente o pessoal da linha de frente.

Estes, além das características analisadas anteriormente, precisam estar conscientes da necessidade de vender, de informar e de orientar o cliente para os produtos e serviços disponibilizados pela organização. Os autores citam que essa é uma parte da transformação do público interno, no sentido de ampliar as suas obrigações e participar da política transformada das organizações de saúde. Para Moraes, Candido e Vieira, no que se refere à venda, “o recepcionista deve ter uma mentalidade de vendedor, isto é, aproveitar qualquer contato com o cliente, pessoalmente ou por telefone, para vender os serviços que o hospital oferece” (MORAES, CANDIDO e VIEIRA, 2004, p. 173).

Em sua análise, Lazzaratto e Negri (2001) referem que as novas características do trabalho imaterial exigem do trabalhador uma forte atuação em vendas e um direcionamento às relações de serviços.

Essas idéias foram explicitadas em outra declaração do entrevistado P, relativa à necessidade de um novo perfil dos trabalhadores da linha de frente, ao declarar:

Então eu preciso mostrar para minha turma que ela aceita tudo com uma passividade (...) Por exemplo, a linha de frente. Quatro pessoas na internação atendendo. Cheio e gente esperando, gente chegando. Eles não conseguem fazer as coisas ao mesmo tempo. Atender o cliente e ver que está chegando gente. A preocupação que está chegando gente. Tu tens que te incomodar. (...) E ali mistura gente que vai entrar só para marcar. Esse não posso perder. O cara vai embora do hospital “– Ah, não. Depois eu ligo”. E vai embora e não liga. Ou se liga, liga para outro serviço. Então o nosso desafio hoje é esse. É a visão da venda mesmo. Eu atendo bem, então o que eu preciso fazer? Vender bem. É isso aí.

Isso passa a demandar um trabalhador com novas capacidades dentro do hospital, e o profissional de hotelaria também necessita de uma nova mentalidade, voltada para as questões de saúde. O entrevistado I afirma que “se o objetivo for oferecer uma hotelaria hospitalar, eu acho que tem que fazer mais do que só isso. Outras pessoas que trabalham, sabe? Pessoas mais de hotelaria”. Isso manifesta a importância que podem ter os profissionais de hotelaria dentro da instituição.

O entrevistado Q corrobora nesse sentido destacando que o profissional de hotelaria tem características muito apreciadas dentro da organização, ao afirmar:

Eu acho que o hoteleiro, formado em hotelaria, ele traz uma cultura. Não é mais comercial, mas ele traz uma cultura mais de estar preocupado em desenvolver formas atrativas de canalizar um determinado público e até fora do seu horizonte. Então está muito à frente nesse aspecto (...) acho que tem espaço muito forte para o hoteleiro, de usar a infra-estrutura. De potencializar ela através desses canais e até novos canais do mercado onde a hotelaria sobressai assim. Que ela seja um atrativo e aí ver os produtos que o hospital tem e se não tem, tentar formatar de tal forma que tu possas perseguir isso.

Dentro dessa idéia, o entrevistado P comenta as possibilidades do profissional de hotelaria:

(..) eu acho que é o maior espaço do hoteleiro hoje é a área de marketing, de posicionamento de mercado, atratividade de negócio, de buscar relacionamento através de uma postura, de uma cultura de atendimento. Desenvolver produtos de atendimento que tragam um cliente especial, diferenciado. Isso é um campo assim que a hotelaria (...) é muito mais rápida, muito mais ágil. A minha percepção do mercado é assim. Aquele cara que vai lá “chuta em gol e defende”. Está lá no dia a dia para segurar o cliente (...)

O entrevistado B também destaca as características do profissional de hotelaria que são importantes dentro da organização no desenvolvimento de suas atividades, ao declarar: “Eu acho que a hotelaria, ela facilita muito também por esse relacionamento. Eu tenho uma certa facilidade de conversar, de saber o que eles estão querendo”. O entrevistado declara ainda que o profissional de hotelaria tem um papel de facilitador, “porque ele não só consegue realizar as necessidades, mas ao mesmo tempo ele gera uma relação de confiança”.

Por sua vez, o entrevistado E declara sua opinião quanto ao tipo de formação que julga importante no profissional de hotelaria que opte por atuar dentro de uma organização de saúde, retornando à questão da CTI, abordada anteriormente. O entrevistado afirma que existe espaço para o profissional dentro da hotelaria hospitalar, mas ao mesmo tempo é exigido um preparo diferenciado. Cita esse preparo no seguinte relato:

(...) ontem fomos, eu e o (...) estagiário novo. A gente foi na CTI e aí a gente chega na CTI, olha, a passagem está bloqueada. Eles estavam fazendo cirurgia na CTI. Não tiveram tempo de levar para bloco cirúrgico e foram fazer na CTI mesmo. Então se tu não consegue assimilar aquele negócio de ver o médico, trabalhando na maca mesmo, drenando um pulmão (...) assusta muito. Eu penso muito sobre esse cuidado que a pessoa busca quando entra aqui.

Essa opinião é corroborada pelo entrevistado P, quando este aborda aspectos com os quais normalmente o profissional de hotelaria não tem contato ao longo de sua formação acadêmica, mais voltada para propriamente para a hotelaria tradicional. O entrevistado declara:

(...) quando tu estás num quarto e vai entregar a comida para o paciente e ele joga toda a fúria dele nos teus pés, isso a hotelaria não te ensina. E tu não podes agredir. Tens que te proteger, tens que chamar alguém. Tu chegas no quarto e a pessoa está morta. O que tu fazes? Chama alguém, sai correndo. Então, aqui tu vives extremos. Tu estás indo no restaurante e estás passando ali pela emergência. Mas tu vês que tem uma pessoa morta. Aqui tem o morgue, que é o local que pessoas quando morrem vão. Então esse cenário é próprio e característico da área hospitalar. (...) agora quando tu pegas essa turma e tem que gerenciar uma área fechada, por exemplo centro cirúrgico, sangue, possibilidade de contágios, pessoas num quarto mortas, que nem eu te falei. Isso aí passa para a equipe. A equipe se abala. E então, muita dificuldade. (...) eu noto que a hotelaria enxerga no hospital um nicho de negócio. Ela tem que ter uma disciplina, uma cadeira, uma coisa. Ou uma extensão na área hospitalar, porque se não o profissional vai ter dificuldade. Vai encontrar a alteração e vai ter dificuldade. Vai ter que se adaptar a essa realidade e é muito rápido.

Com base nas entrevistas analisadas, no que se relaciona às possibilidades de inserção das técnicas hoteleiras por gestores nessas áreas, é possível afirmarmos que o campo de atuação se mostra amplo, necessitando, todavia, uma adaptação maior para o desempenho de atividades específicas dentro de instituições de saúde. Observa-se que existe uma relativa carência de mão-de-obra especializada e nesse sentido se faz importante o papel das instituições de ensino na formação dos gestores e profissionais que passam a ser demandados pelas organizações.

Assim, torna-se relevante uma adequada adaptação à atividade hospitalar, inserida num contexto de dificuldades inerentes ao trabalho que lida com a vida do cliente, num ambiente onde as atividades laborais exigem todas as características demandas do trabalho imaterial. Nesse sentido, os gestores necessitam atuar como agentes modificadores, ao mesmo tempo em que devem saber lidar com dor e sofrimento.

4.5 TRANSFORMAÇÕES ARQUITETÔNICAS DO AMBIENTE HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DA HOTELARIA HOSPITALAR

As considerações a respeito do registro fotográfico como dado de pesquisa passam a ser apresentadas nesse momento por tomá-las como indissociáveis às próprias fotografias que se apresentam neste trabalho.

No que diz respeito aos aspectos que foram observados quanto às modificações arquitetônicas no Hospital Mãe de Deus ao longo do tempo, trazemos para discussão a questão do uso de fotografias como método de pesquisa qualitativa. Gostaríamos de analisar as possibilidades para aplicações de métodos visuais a serviço da pesquisa social. Após a apresentação da argumentação, faremos uma exposição dos registros fotográficos obtidos durante a pesquisa, para que, baseado na discussão da teoria que aqui se apresenta, o observador possa avaliar o que se apresenta nesta seção.

Para Leite (2002) a utilização da fotografia em trabalhos de ciências humanas se ampliou e tem levado os estudiosos a diversas práticas, às vezes exclusivas e outras concomitantes, sem que se tenha, até agora, refletido sobre elas em seu conjunto. Para a autora, uma delas é a reiteração do texto escrito, por meio da iconografia, nas diferentes formas de concretização: desenhos, gráficos, gravuras, pinturas e fotografias.

Para Loizos (2002) a discussão do uso de fotografias em pesquisas qualitativas se reveste de importância por três razões. A primeira, é que a imagem

oferece um registro restrito mas poderoso das ações temporais e dos acontecimentos reais. A segunda razão é que embora a pesquisa social esteja tipicamente a serviço de complexas questões teóricas e abstratas, ela pode empregar, na forma de dados primários, informação visual que não necessita ser nem em forma de palavras escritas, nem em forma de números. A terceira razão, segundo o autor, é que o mundo em que vivemos é crescentemente influenciado por meios de comunicação, cujos resultados, muitas vezes, dependem de elementos visuais. Assim, "o visual" e "a mídia" desempenham papéis importantes na vida social, política e econômica, tornando-se "fatos sociais" que não podem ser ignorados (LOIZOS in BUER e GASKEL, 2002).

Essa idéia é corroborada por Porto Alegre quando a autora, trazendo o pensamento de Barthes (1980)¹⁸, afirma:

Além da substância lingüística - "uma imagem vale mais do que mil palavras" -, Barthes vai mostrar que toda imagem é portadora de uma dupla mensagem: uma codificada (conotação), que remete a um determinado saber cultural e seus significados, e outra não codificada (denotação), cujo caráter analógico pressupõe a capacidade da imagem de reproduzir o real (PORTO ALEGRE in FELDMANN-BIANCO e LEITE, 1998, p. 78).

Assim, Loizos (2002) sugere alguns tipos de emprego de imagens fotográficas com aplicações potenciais para pesquisa. Na primeira o autor destaca a documentação da especificidade da mudança histórica. Afirma que caso se esteja interessado em investigar ou mostrar a natureza específica da mudança, então as fotografias feitas em intervalos regulares, dos mesmos lugares, podem ser ilustrativas. A mudança do tipo "antes" e "depois", quando adequadamente atestada, testemunhada e controlada quanto ao tempo, lugar e circunstância, pode trazer poderosa evidência ou valor persuasivo.

Assim, observa-se que pode se justificar a alternativa de substituição de texto descritivo por imagens, dentro do pensamento do "antes" e "depois", como forma de apresentar a evolução das características arquitetônicas dentro do Hospital Mãe de Deus.

¹⁸ BARTHES, R. *La chambre claire*. Paris: Gallimard, 1980

Também corroborando com essa avaliação, Saiman (2004, p. 56) nos traz a idéia de Gombrich¹⁹, para o qual deve-se refletir sobre a "imagem visual", entender suas potencialidades no campo da comunicação humana e, sobretudo, procurar saber" o que ela pode ou não pode fazer melhor do que a linguagem oral ou escrita". Em seu artigo, Gombrich se posiciona da seguinte forma:

A significação de uma imagem permanece em grande parte tributária da experiência e do saber que a pessoa que a contempla adquiriu anteriormente. Nesse tocante, a imagem visual não é uma simples representação da "realidade", e sim um sistema simbólico (GOMBRICH, 1983, p. 323).

Com isso, quando utilizamos as formas verbal e visual, diz Gombrich que estas têm funções de expressar, de despertar e de descrever. Ao fazermos a utilização de fotos neste trabalho, foi este o objetivo principal, e corroborando com esse pensamento, Gombrich (1983, p. 349) nos traz ainda o seguinte pensamento:

Se considerarmos a comunicação do ponto de vista privilegiado da linguagem, há de se perguntar, primeiro, qual é, entre essas funções, a que pode assumir a imagem visual. Vamos descobrir que a imagem visual é sem igual no que diz respeito a sua capacidade de despertar, que sua utilização para fins expressivos é problemática, e que, reduzida a si mesma, a possibilidade de igualar a função enunciativa da linguagem lhe falta radicalmente.

Por sua vez, Feldman-Bianco (2002, p. 12) nos diz que no contexto dessas novas perspectivas teórico-metodológicas, "questionamos a tendência de construir o conhecimento por meio de modelos e classificações e de utilizar a dimensão imagética como documento da "realidade objetiva" ou como mera ilustração de textos verbais". A autora destaca ainda que em vez do simples registro e da documentação visual do "instantâneo da experiência", ressaltamos a importância de dedicar uma atenção maior aos significados culturalmente engendrados pelas

¹⁹ GOMBRICH, E. *L'image visuelle, in L'écologie des images*. Paris: Flammarion, 1983

imagens, bem como às formas como a produção e a leitura dessas imagens são mediadas. Cita o pensamento de Burnet²⁰ que nos diz:

As imagens visuais parecem conter não somente mensagens, mas também os mapas necessários para compreender essas mensagens. No momento em que se realiza um tipo particular de investimento na imagem, o contexto da comunicação adquire um significado cada vez maior. O resultado é um tipo diferente de imagem, que depende da especificidade cultural e da história local. (BURNET, 1995, p. 300)

Abordando a questão do que se faz necessário para que a utilização da fotografia tenha o entendimento do observador, Leite (2002, p. 40) destaca que “longe de ser um objeto neutro, a fotografia acolhe significados muito diferentes, que interferem na codificação e nas possíveis decodificações da mensagem transmitida”. Assim, a autora afirma que:

Para a análise da linguagem fotográfica, de sua significação social, é preciso municiar as faculdades de observação, a imaginação e uma capacidade de discernimento capazes de estabelecer ligações entre conhecimentos transmitidos pela imagem e uma cultura geral e específica mais extensa.

Nesse sentido, acreditamos que as considerações expostas e desenvolvidas no referencial teórico deste trabalho, bem como as análises dos resultados apresentados, podem proporcionar ao observador elementos que facilitem e permitam o seu entendimento sobre o conteúdo que as imagens apresentam.

Isto posto, passamos a apresentar, dentre as fotografias que foram colhidas durante o desenvolvimento desta pesquisa, que perfazem um total de 172 fotografias, aquelas que, no entender do pesquisador, foram as mais significativas e emblemáticas, e que podem traduzir conceitos discutidos ao longo deste trabalho. Estas se apresentam dispostas num conjunto de onze conjuntos de duplas de fotografias sob o mote do “antes” e do “depois”.

²⁰ BURNET, R. Cultures of vision: images, media and the imagery. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1995.

Conjunto 1: Ressalta-se nesse conjunto a indicação do hospital como “Top em Carinho”, “Top em Cuidados”, “Top em Saúde” e “Top of Mind”, que remetem às questões da adoção dos conceitos de hotelaria hospitalar e trabalho imaterial.

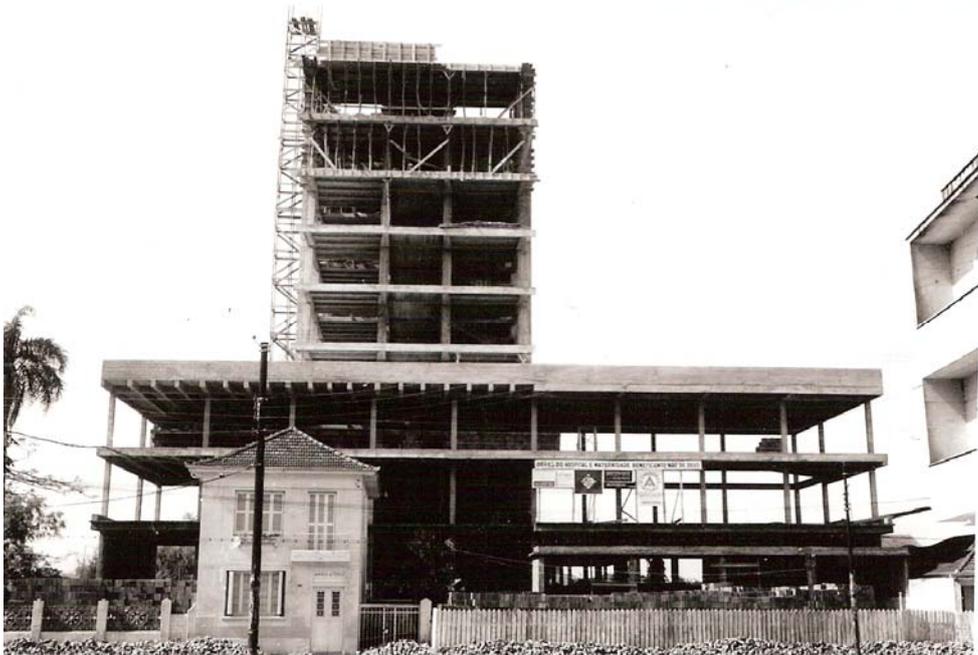


Figura 10: Vista da fachada frontal do Hospital Mãe de Deus em novembro de 1966
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 11: Vista da fachada frontal do Hospital Mãe de Deus em novembro de 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 2: O entorno onde se insere o hospital, no qual anteriormente predominavam residências, mantém a imagem representativa e de referência que o Hospital Mãe de Deus possui no bairro (Menino Deus) em que se encontra.



Figura 12: Vista da fachada lateral do Hospital Mãe de Deus em novembro de 1966
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 13: Vista da fachada lateral do Hospital Mãe de Deus em novembro de 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 3: A técnica utilizada para a captura da fotografia da entrada principal foi repetida pelo pesquisador. Salienta-se a imagem, à esquerda, da Unidade Beta do Hospital Mãe de Deus, inaugurada em 2006.



Figura 14: Vista da entrada principal do Hospital Mãe de Deus em 1973
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 15: Vista da entrada principal do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 4: Destacam-se as mudanças ocorridas no hall de entrada do hospital, onde mudanças arquitetônicas introduziram os conceitos de hotelaria hospitalar através, principalmente, na mudança de imagem do hospital.



Figura 16: Vista do hall de entrada do Hospital Mãe de Deus em 1979
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 17: Vista do hall de entrada do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 5: As mudanças no hall de entrada são observadas na otimização e modernização de espaços, conferindo ao hall de entrada do hospital um ambiente de hotel.



Figura 18: Vista do corredor do hall de entrada do Hospital Mãe de Deus em 1979
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 19: Vista do corredor do hall de entrada do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 6: O ambiente hospitalar da fotografia obtida no ano de 1979, dá lugar a um ambiente hoteleiro, onde se destacam detalhes de decoração, em especial, iluminação, piso e quadros.



Figura 20: Vista do corredor do oitavo andar do Hospital Mãe de Deus em 1979
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 21: Vista do corredor do oitavo andar do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 7: As modificações arquitetônicas também se apresentam nos locais de trabalho, conforme abordagens apresentadas ao longo desta dissertação, trazendo novamente à tona as questões da hotelaria hospitalar e do trabalho imaterial.



Figura 22: Vista de posto de enfermagem de andar do Hospital Mãe de Deus em 1979
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 23: Vista de posto de enfermagem de andar do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 9: As mudanças ocorridas no ambiente do apartamento do hospital são notadas, sobretudo, no ambiente mais sóbrio, com cores claras, conforme as tendências apresentadas no referencial teórico. Além das mudanças, observa-se o caráter religioso e tecnológico que se faz presente na nova configuração.



Figura 24: Vista de quarto do Hospital Mãe de Deus em 1974
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 25: Vista de quarto da unidade Beta do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 10: Observa-se, a partir desse conjunto de fotografias, que nas áreas cujo acesso de público externo, pacientes e acompanhantes é diminuto, as mudanças ocorridas foram irrisórias, como na área administrativa localizada no 10º andar do hospital.



Figura 26: Vista da área administrativa no 10º andar do Hospital Mãe de Deus em 1970
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 27: Vista da área administrativa no 10º andar do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 11: Subsolo do Hospital Mãe de Deus, que conservou as características desde a época de sua construção.



Figura 28: Vista do subsolo do Hospital Mãe de Deus em 1968
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 29: Vista do subsolo do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

Conjunto 12: Desde a sua inauguração há quase 25 anos, a cozinha do hospital, apesar dos avanços e da importância que o setor de Nutrição representa na questão da hotelaria hospitalar, sofreu poucas modificações.



Figura 30: Vista da cozinha do Hospital Mãe de Deus em 1982
Fonte: Acervo do Hospital Mãe de Deus



Figura 31: Vista da cozinha do Hospital Mãe de Deus em 2006
Fonte: Acervo do pesquisador

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da articulação teórico-empírica apresentada nessa dissertação, destacam-se alguns pontos.

A implantação do conceito de hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus se faz notar, de imediato, naquilo que é mais visível aos olhos, como atestam as fotografias apresentadas. A comparação das mudanças arquitetônicas ocorridas no hospital e evidenciadas na perspectiva fotográfica do “antes” e “depois”, bem como os detalhes de apresentação, seja dos alimentos servidos aos pacientes, seja dos corpos dos trabalhadores, condiz com a literatura que apresenta a hotelaria hospitalar como uma forma de minimizar a indesejável “cara de hospital” historicamente considerada peculiar às instituições de saúde. Considera-se, portanto, que é pela via da arquitetura que em primeiro lugar a hotelaria hospitalar se faz notar no Hospital Mãe de Deus.

Aliadas à noção de trabalho imaterial característico dos serviços de saúde (LAZZARATO E NEGRI, 2001), as transformações arquitetônicas do ambiente hospitalar vieram, ao longo do tempo, e na perspectiva hoteleira, a oferecer aconchego, conforto, segurança e bem-estar aos consumidores dos serviços de saúde. A arquitetura hospitalar veio a colaborar, nesse sentido, para o estabelecimento do que Lazzarato e Negri (2001) denominam como uma “nova relação produção-consumo”. A arquitetura hospitalar mostra-se, assim, produtiva, um diferencial competitivo à lógica comercial que a gestão do hospital vem afirmando.

Esse modo de gestão que busca produzir subjetividades homogêneas se vale de práticas de integração de novos trabalhadores, que prega a importância da etiqueta, por exemplo, e de práticas discursivas relativas à própria condição

religiosa do hospital, que prega a humanização do atendimento através dos valores da congregação. Nesse sentido, é inegável que o legado de Irmã Jacomina Veronese, principal idealizadora e fundadora do hospital, permaneça atuante, o que corrobora a base teórica (CHANLAT, 1996) que indica que uma organização, seus universos culturais, suas características sócio-demográficas influenciam os modos de ser individuais e coletivos. O discurso que se mantém atrelado à idealização histórica do hospital, e seu forte apelo religioso influencia os modos de ser individuais e coletivos dentro do hospital e pode ser tomado como um modo de subjetivação. A questão humana no atendimento hospitalar mostra-se presente, sobretudo, a partir de raízes religiosas e busca legitimação em termos de gestão de saúde que promulguem um “ambiente empresarial”.

A literatura referente à hotelaria hospitalar, em especial através de autores como Boerger (2005); Godoi (2004); Moraes, Cândido e Vieira (2004) e Taraboulsi (2004); é veemente ao caracterizá-la por oferecer serviços com presteza, alegria, acolhimento, dedicação e respeito. Essas mesmas características têm sido demandadas pela gestão do hospital aos trabalhadores, na busca por tornar produtivo, por exemplo, os afetos e o comprometimento.

Nesse sentido, a gestão combina-se a aspectos condizentes com a religiosidade enquanto modos de subjetivação a fim de oferecer hospitalidade e não apenas hospitalização.

Na lógica do trabalho imaterial o consumidor de serviços de saúde intervém de maneira ativa na relação produção-consumo e instaura um fluxo de comunicação que se mostra importante para a definição de processos e até mesmo como uma possível forma de auxiliar em sua recuperação.

Outro fluxo de comunicação observado é o que se estabelece entre os trabalhadores em geral das diversas áreas do Hospital Mãe de Deus, numa rede de relações necessária à realização das diferentes atividades hospitalares, cujo trabalho coletivo e cooperativo objetiva a assistência adequada ao paciente.

Constatou-se, entretanto, que não há uma opinião única relativa à questão da hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus. Observaram-se, inclusive, posicionamentos contraditórios na questão do papel da hotelaria hospitalar. Dentro

da própria gestão, encontram-se considerações de que a questão da humanização, central à hotelaria hospitalar, necessita, ainda, de um maior desenvolvimento, especialmente no que diz respeito à qualificação no atendimento e na formação dos trabalhadores. Vige, também, a certeza de que caberia aos próprios gestores darem maior atenção à questão do atendimento humanizado preconizado pela hotelaria hospitalar para que haja uma unidade de condutas entre os diversos setores do hospital.

Também se encontra, entre os que ocupam cargos de gestão, a convicção de que as idéias defendidas na literatura da hotelaria hospitalar são fatos já consolidados, via de regra, na grande maioria dos hospitais, especialmente os privados. Nesse sentido, vêem a hotelaria hospitalar como um componente importante na questão mercadológica, na criação de novos nichos de atuação dos serviços oferecidos pelo hospital, cujo objetivo central é fidelizar os usuários de serviços de saúde, também, a partir daqueles que os acompanham.

Entre os gestores do Hospital Mãe de Deus, como se pode notar, a implantação da hotelaria hospitalar não resultou unânime. É considerada por alguns como algo novo e ainda pouco desenvolvido; e por outros como algo já consolidado e com novas perspectivas negociais.

A hotelaria hospitalar no Hospital Mãe de Deus caracteriza-se por ações pontuais nos mais diversos setores. Não segue, necessariamente, um fio condutor que, horizontalmente atravessaria os diversos setores; e verticalmente os diversos níveis hierárquicos. Não se apresenta, portanto, conforme os autores da hotelaria hospitalar abordados nesta pesquisa preconizam, de que os diversos setores devem se encontrar sob a coordenação de uma única gerência de hotelaria hospitalar. No Hospital Mãe de Deus, um sistema clássico de hotelaria hospitalar se fez anunciar por volta de 1995, mas o mesmo não vigorou em razão das decisões estratégicas que se delinearam a partir de então.

Os trabalhadores em geral consideram que a questão da hotelaria hospitalar se mostrou pouco difundida, ainda que suas práticas laborais estejam embasadas em conceitos preconizados pela hotelaria, e condizentes com o trabalho imaterial. Observa-se que há um certo distanciamento entre o discurso

proferido pela gestão e a compreensão do que seja hotelaria hospitalar junto aos trabalhadores. Isso se deve, em parte, pela ausência de um melhor desenvolvimento estratégico que possibilitaria o entendimento, a absorção e o exercício efetivo da hotelaria hospitalar pelo conjunto de trabalhadores do hospital.

A máxima de que não é mais o paciente que depende do hospital e sim o hospital que depende do paciente, provocou mudanças ao longo da história do hospital, o que levou o atendimento em saúde a ser conduzido como uma forma de consumo como outra qualquer. Assim, do entendimento do paciente como um cliente, emerge a relação direta entre a hotelaria hospitalar – e a humanização que lhe é central – e o trabalho imaterial, que, em suma, é a mobilização para o trabalho de características que são inerentes aos trabalhadores.

Cabe ressaltar, inclusive, que em consonância com o mundo dos negócios, o termo cliente tornou-se de uso corrente no hospital para denominar àqueles que lá buscam serviços de saúde. Sua fidelização ao hospital, compreendida como uma meta a ser atingida, desconsidera o fato de que retornar ao ambiente hospitalar não seja, propriamente, um objetivo acalentado pelos pacientes.

Para um maior aprofundamento e entendimento destas questões, sugere-se a ampliação da pesquisa para setores não contemplados, a fim de enriquecer o tema com a observação da relação direta com os pacientes. Sugere-se, também, desenvolver pesquisas em instituições de saúde pública, como forma de relacionar e traçar comparativos das práticas de gestão e conduta dos trabalhadores no que diz respeito à hotelaria hospitalar e ao trabalho imaterial.

Considerou-se como limitação desta pesquisa a impossibilidade de acompanhamento das atividades laborais junto aos pacientes no sentido de compreender seu posicionamento em relação à hotelaria hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATAHAYDE, M. *Psicologia e trabalho: que relações?* In: JACÓ-VILELA, A. e MANCEBO, D. *Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: ED-UERJ, 1999.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 6 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

_____. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 4 ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

ARENDT, H. *A condição humana*; Trad. Roberto Raposo. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

BARROS, D. D. *Estudo da imagem corporal da mulher: corpo (ir)real x corpo ideal*. Dissertação de mestrado. Campinas: Faculdade de Educação Física, Unicamp. 2001.

BAUMAN, Z. *Globalização – As conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BIANCHESSI, D. L. C. *Trabalho e subjetividade: reflexões sobre a diversidade do trabalho no hospital*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Mestrado em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

BOERGER, M. A. *Gestão em hotelaria hospitalar*. 2ª ed. São Paulo: 2005.

BONIATTI, L. *Dimensões Institucional, Social e Empresarial na Gestão em Saúde do Hospital Mãe de Deus*. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Administração), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *Subjetividade e administração de pessoal*. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza R. C. Barrocas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CASTELLI, G. *Administração Hoteleira*. 9ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

CASTELLS, M. *A sociedade em Rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COCCO, G. *Introdução*. In: LAZZARATO, Maurício; NEGRI, Antonio. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

_____. *Trabalho e cidadania: produção e direitos na era da globalização*. São Paulo: Atlas, 2000.

COSTA, M. *Corpo e Redes*. In: Domingues, D. (org.) *A arte no século XXI - a humanização das tecnologias*. São Paulo: EDUSP, 1997.

COSTI, M. A influência da luz e da cor em corredores e salas de espera hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

CHANLAT, J. F. *Por uma antropologia da condição humana nas organizações*
In: TORRES, O. L. S. (org) *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*.
3.ed. – São Paulo, 1996

DIAS, M. A. A. *Hotelaria Hospitalar e sua relação com a preservação do meio ambiente*. *O Mundo da Saúde*, out/dez 2003, ano 27, n.4, p. 609-611.

FELDMAN-BIANCO, B. *Introdução*. In: FELDMAN-BIANCO, B. e LEITE, M. L. M. *Desafios da imagem – fotografias, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. São Paulo: Papitus Editora, 2004.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. *História da Sexualidade II – o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

GARCIA, G. & FURTADO, J. *Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impacto das zonas de livre comércio – Cadeia: cosméticos*. Campinas: UNICAMP, 2000.

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

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HARDT, M. & NEGRI, T. *Império*. Trad. de Berílio Vargas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HALL, R. H. *Organizações: Estrutura e Processos*., Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

IRMÃS MISSIONÁRIAS DE SÃO CARLOS DE BORROMEO-SCALABRINIANAS. Revista. Publicação única em comemoração ao Ano Scalabriniano. Caxias do Sul: Lorigraf Gráfica e Editora Ltda., 2005

LAZZARATO, M. & NEGRI, T. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001

LEITE, M. L. M. *Texto visual e texto verbal*. In: FELDMAN-BIANCO, B. e LEITE, M. L. M. *Desafios da imagem – fotografias, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. São Paulo: Papitus Editora, 2004.

LEPARGNEUR, H. *Antropologia do sofrimento*. Aparecida: Santuário, 1985.

LOIZOS, P. *Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa*. In: BAUER, M. W. e GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*; Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

LOURO, G. L. *Corpos que escapam*. Labrys - estudos feministas, número 4, ago/dez, 2003. Disponível em

<http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/guacira1.htm>. Acesso em: 16 dez 2005.

MORAES, O. D., CÂNDIDO, I. e VIEIRA, E. V. *Hotelaria hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde*. Caxias do Sul: Educs, 2004.

MARCOS, M. I. & CASCAIS, A. F. (org.). *Corpo, técnica e subjectividades*. Revista de Comunicação e Linguagens. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.

MARQUES, A. *Mulheres de Papel*. Lisboa: Livros Horizonte, 2004.

NEGRI, A. *Cinco Lições Sobre Império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

PELBART, P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PEREIRA, A. L. S. *Dez andares de fé: a história do Hospital Mãe de Deus*. Porto Alegre: Hospital Mãe de Deus, 1990

PESSIN, L. *Humanização da dor e sofrimento humanos o contexto hospitalar*. Revista Bioética vol. 10, nº 2 – 2002

PITTA, A. *Hospital – dor e morte como ofício*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

PORTO ALEGRE, M. S. *Reflexões sobre iconografia fotográfica: por uma hermenêutica visual*. In: FELDMAN-BIANCO, B. e LEITE, M. L. M. *Desafios da imagem – fotografias, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. São Paulo: Papitus Editora, 2004.

RELATÓRIO SOCIAL AESC-2005. Relatório de responsabilidade social da Associação Educadora São Carlos. Caxias do Sul, 2006

SAIMAN, E. *Questões heurísticas em torno do uso das imagens nas ciências sociais*. In: FELDMAN-BIANCO, B. e LEITE, M. L. M. *Desafios da imagem – fotografias, iconografia e vídeo nas ciências sociais*). São Paulo: Papitus Editora, 2004.

SANT'ANNA, D. B. *Políticas do Corpo*. (org. Denise B. de Sant'Anna). São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

_____. *Corpos de Passagem*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001

_____. *A insustentável visibilidade do corpo*. Labrys - estudos feministas, número 4, agosto/dezembro 2003. Disponível em <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/denisept.htm> Acesso em 24 nov 2005.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SCHILING, C. *The body and difference*. In Woodward, K. (org.). *Identity and Difference*. Londres: Sage e The Open University, 1997

SILVA, A. M. *Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional*. Cadernos CEDES, vol.19, n.48. Campinas, 1999.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

_____. *A cultura do novo capitalismo*. Trad. Clóvis Marques – Rio de Janeiro: Record, 2006.

TARABOULSI, F.A. *Administração de hotelaria hospitalar*. 2ª ed. São Paulo: 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995.

TUCHERMAN, I. *Breve história do corpo e de seus monstros*. Lisboa: Vega, 2004

YIN, R. K. *Estudo de Caso – planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: 2001.

Website do Hospital Mãe de Deus. Disponível em <http://www.maededeus.com.br>. Acesso em 20/01/2006

Website da Cleveland Clinic. Disponível em <http://www.clevelandclinic.org/> Acesso em 15/01/2006

APÊNDICE A

Carta de apresentação e solicitação de autorização para a pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Escola de Administração
Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado

Projeto: Trabalho imaterial e hotelaria hospitalar: o corpo sob nova direção

Pesquisador: Ralf Gutschwager

Orientação: Prof^a Dr^a Carmem Ligia Iochins Grisci

Ao

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Hospital Mãe de Deus

Porto Alegre – RS

Prezados senhores:

Pela presente, apresentamos nossa proposta para realizar pesquisa do mestrando **Ralf Gutschwager**, aluno do Programa de Pós-Graduação em Administração (área de Recursos Humanos) da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A pesquisa visa identificar e analisar os processos de transformação do ambiente do hospital decorrentes da aplicação dos conceitos de hotelaria hospitalar e suas relações com o trabalho imaterial nos cuidados contemporâneos dispensados à saúde do corpo. De forma mais específica, a pesquisa se propõe a: caracterizar e analisar os conceitos de hotelaria hospitalar aplicados dentro do processo de gestão da instituição hospitalar, observar e analisar de que forma os trabalhadores incorporam os conceitos da hotelaria hospitalar na sua relação com

os clientes de saúde, identificar as questões arquitetônicas dentro do ambiente hospitalar e suas mudanças ao longo do tempo na relação com as questões do trabalho imaterial e do corpo, e elucidar quais os possíveis modos de expressão que assume o trabalho imaterial na atual configuração produtiva das práticas laborais na instituição hospitalar.

Com a pesquisa, busca-se contribuir para a produção de conhecimento sobre a questão da hotelaria hospitalar e suas implicações com o trabalho imaterial inerente aos trabalhadores de saúde, colaborando para uma discussão que possibilite a ampliação dos conceitos desta questão. Não se acredita existir qualquer tipo de desconforto para os participantes uma vez que a participação na pesquisa é totalmente voluntária, com a liberdade de retirada de consentimento a qualquer tempo.

Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa. A condução da pesquisa se dará com a realização de observações assistemáticas e entrevistas individuais (que serão gravadas em mídia de áudio) com os participantes identificados no Projeto de Pesquisa, cujos dados serão divulgados de forma a não identificar o entrevistado. Além destas técnicas, pretende-se realizar registros fotográficos e pesquisa junto ao acervo do Hospital Mãe de Deus. O cronograma das observações e entrevistas será definido dentro das disponibilidades informadas pelo Hospital Mãe de Deus e entrevistados.

Informamos também que não há envolvimento de nenhum tipo de despesa ou ressarcimento para o pesquisador e sua orientadora em nenhuma fase desta pesquisa.

O pesquisador firma também o compromisso de fornecer retorno sobre seus resultados, após sua conclusão e coloca-se a disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários através do telefone (51)3340-1019, celular (51)9966-7369 ou pelo endereço de e-mail ralfg@brturbo.com.br.

Porto Alegre, 28 de julho de 2006.

Prof^a Dr^a Carmem Ligia Iochins Grisci
Orientadora

Ralf Gutschwager
Pesquisador

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Escola de Administração
Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado

Projeto: Trabalho imaterial e hotelaria hospitalar: o corpo sob nova direção

Pesquisador: Ralf Gutschwager

Orientação: Prfa. Dra. Carmem Ligia lochins Grisci

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta pesquisa visa Identificar e analisar os processos de transformação do ambiente do hospital decorrentes da aplicação dos conceitos de hotelaria hospitalar e suas relações com o trabalho imaterial nos cuidados contemporâneos dispensados à saúde do corpo.

De forma mais específica, a pesquisa se propõe a: caracterizar e analisar os conceitos de hotelaria hospitalar aplicados dentro do processo de gestão da instituição hospitalar, observar e analisar de que forma os trabalhadores incorporam os conceitos da hotelaria hospitalar na sua relação com os clientes de saúde, identificar as questões arquitetônicas dentro do ambiente hospitalar e suas mudanças ao longo do tempo na relação com as questões do trabalho imaterial e do corpo, e elucidar quais os possíveis modos de expressão que assume o trabalho imaterial na atual configuração produtiva das práticas laborais na instituição hospitalar.

Com a pesquisa, busca-se contribuir para a produção de conhecimento sobre a questão da hotelaria hospitalar e suas implicações com o trabalho imaterial inerente aos

trabalhadores de saúde, colaborando para uma discussão que possibilite a ampliação dos conceitos desta questão.

Aos que participarem da pesquisa firma-se aqui o compromisso de fornecer retorno sobre seus resultados, após sua conclusão, através de novo contato pessoal ou de forma escrita.

Convidado a participar desta pesquisa, fui informado de seus objetivos e de que dentre os procedimentos previstos para sua realização está uma entrevista individual (que será gravada em mídia de áudio) da qual me proponho a participar. Informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos, bem como pedir o meu afastamento do estudo a qualquer momento.

Estou ciente de que os dados serão divulgados de forma a não me identificar pessoalmente, garantindo o caráter sigiloso de minhas declarações, e que somente serão divulgados dados gerais da pesquisa. Fica também estabelecido que os dados resultantes de minha participação serão analisados em conjunto com outros participantes e serão utilizados somente nesta pesquisa.

Fui igualmente informado de que, caso desista da participação nesta pesquisa, poderei solicitá-lo ao pesquisador responsável, Ralf Gutschwager, assim como qualquer alteração ou situação imprevista que venha a ocorrer, através do telefone (51)3340-1019, celular (51)9966-7369 ou pelo endereço de e-mail ralfg@brturbo.com.br. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus – CEP/HMD também poderá fornecer informações referentes ao estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Nome do entrevistado: _____

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do entrevistado para a participação neste estudo.

Ralf Gutschwager – Responsável pela Pesquisa