

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Gestão Hospitalar

Bruna Ribeiro Barbosa

Daiane Cristina Pereira dos Santos

Jessica Dafne

Kelly de Oliveira

Patricia Paz Silva

Regiane Aparecida Fernandes Bida

HOTELARIA HOSPITALAR:

GESTÃO DO ENXOVAL COM FOCO NA EVASÃO

São Paulo

2018

Bruna Ribeiro Barbosa
Daiane Cristina Pereira Dos Santos
Jessica Dafne
Kelly De Oliveira
Patricia Paz Silva
Regiane Aparecida Fernandes Bida

HOTELARIA HOSPITALAR:
GESTÃO DO ENXOVAL COM FOCO NA EVASÃO

Projeto de Pesquisa Apresentado ao
Curso de Gestão Hospitalar da
Universidade Santo Amaro – UNISA.
Orientadores: Professores Osvaldo e
Luciana

São Paulo
2018

1 INTRODUÇÃO

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

De forma que a hotelaria hospitalar possa cumprir o seu papel na organização de saúde, o gestor dessa área deve apresentar um perfil adequado ao desempenho de suas funções. A escolha da pessoa que atuará como gestor da área de hotelaria de uma instituição hospitalar deve, portanto, ser precedida da formulação das especificações desse cargo, bem como dependerá da prévia definição das características pessoais e do perfil profissional que se deseja do futuro ocupante dessa posição.

O objetivo geral deste trabalho será apresentar uma nova tendência do mercado e sua estrutura denominada Hotelaria Hospitalar, a qual adapta conceitos e serviços presentes na hotelaria clássica para as instituições hospitalares. Realizado nesta primeira etapa, uma investigação teórica com o objetivo de analisar quais conceitos e serviços presentes na hotelaria clássica que estão sendo adaptadas ao setor hospitalar, por meio da apresentação dos departamentos existentes em ambas as atividades. A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica, de coleta de dados baseada em fontes nacionais, através de livros e artigos publicados em meios impressos e eletrônicos que abordam o tema: "Hotelaria Hospitalar".

O gestor da área de hotelaria hospitalar é responsável por: [...] atingir resultados com pessoas e com inovação; presume-se um gerenciamento voltado para a criatividade, a flexibilidade e, principalmente, a humanização das relações cliente interno/cliente interno e cliente interno/cliente externo. (TARABOULSI, 2009, p. 41).

Essa nova tendência, que traz em sua essência a humanização do ambiente hospitalar, contagiou também alguns hospitais públicos e outros cuja fatia de participação de clientes de saúde do SUS é bastante representativa. Essas mudanças não estão acontecendo por acaso, pois está em curso um novo perfil de clientes que as exigem.

Nesta variável competitiva, a hotelaria hospitalar se transformou em importante ferramenta das redes hospitalares, porque além de permitir a criação e a adaptação de serviços para atender de forma satisfatória a expectativa e a necessidade do público alvo, é capaz de alavancar a humanização.

Observa-se as contribuições e os benefícios da hotelaria hospitalar para as instituições de saúde e, principalmente para os seus clientes (pacientes), bem como podemos ressaltar a importância da conscientização dos gestores de que a hotelaria a ser implantada é adaptada, e, não, a hotelaria clássica, visto que sua adaptação é obrigatória, considerando as características peculiares das atividades hospitalares que não comporta vícios e hábitos, que na hotelaria convencional são aceitáveis. (Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - 6ª Edição nº 006 Vol.01/2013 - dezembro/2013)

Como problema chave desta pesquisa desejamos identificar por qual motivo há evasão de enxovais. O que a gestão pode fazer para inibir essa evasão? Como realizar o controle e a vida útil dessas peças utilizadas e movimentadas? Quais seriam, nesse caso, os benefícios da aplicação desses conceitos na atividade hospitalar?

2 CONCEITO DE HOTELARIA HOSPITALAR

De acordo com Boeger (2003, p. 24) “hotelaria hospitalar é 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. A hotelaria hospitalar privilegia a satisfação de todas as necessidades do paciente bem como a integridade física, a privacidade, a individualidade; respeitando os valores éticos e culturais, com o máximo de confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal.

O caminho encontrado é a hotelaria hospitalar, 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, 2003:18) é importante salientar que a hotelaria hospitalar não é sinônimo de luxo, mas sim de conforto e qualidade, através da inclusão dos serviços hoteleiros no hospital, associando serviços de apoio aos serviços específicos, respeitando as regras, funções e especificidades do ambiente hospitalar. Mudanças que podem contribuir para o reestabelecimento do cliente, que participa ativamente de seu processo de melhora e se torna mais confiante no atendimento que recebe Boeger (2003), demonstra que a hotelaria não é somente um termo mercadológico, ela vai além. Objetiva demonstrar preocupação com o bem estar dos clientes, alcançando todas as condições necessárias para oferecer assistência com segurança, conforto e qualidade, mediante reestruturação e ampliação das áreas existentes ou criação de novas.

Já Taraboulsi (2004) diz que a “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 e, principalmente, a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar”. Pela sua preocupação com o bem-estar, a hotelaria hospitalar é voltada para uma contínua busca da excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de sua clientela. Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, o hospital passa a investir nos serviços que

envolvem a hospedagem, reconhecendo o paciente e o seu acompanhante como clientes. Basicamente a hotelaria hospitalar representa a união da administração hospitalar à administração hoteleira, ou seja, atrela à medicina tradicional aos serviços de hotelaria.

3 HISTÓRICO DA HOTELARIA HOSPITALAR

Nos primórdios da história humana não havia locais específicos para tratamento ou acolhimento. Foi no início da era cristã que a palavra hospitais do latim, que significa ser hospitaleiro e também derivado de hospes (hóspedes), deu origem ao termo atual hospital, que é um estabelecimento responsável por abrigar pessoas para tratamento temporário (MORAES; CÂNDIDO; VIERA; 2004).

Ainda naquele tempo, ao se referir a hospedagem, fazia-se necessário falar em hospitalidade. Apesar do conceito de hospitalidade ser considerado tão antigo quanto as formas mais remotas de atividade social, desde as mais arcaicas, tanto no ocidente como no oriente, a hotelaria hospitalar só veio a ser parte do contexto dos serviços hospitalares do Brasil, há pouco mais de dez anos. Segundo Boeger (2003), o conceito de hotelaria hospitalar surgiu da necessidade emergente de vários fatores, sendo considerado como principal, os próprios questionamentos do paciente, hoje chamado de cliente, que passou a questionar e demonstrar suas necessidades ao que se refere a oferta da cura, bem como do que vem agregado a este serviço, como a segurança, conforto e principalmente o bem-estar para ele e para os seus familiares

Considerando todos estes fatores, vale como definição mais objetiva de hotelaria hospitalar a citada por Boeger (2003: 24) de que este setor “é 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.” Por estas considerações, verifica-se a importância da hotelaria hospitalar e sua tendência, tida como irreversível para diversos pesquisadores, por não tratar-se apenas de uma opção institucional, mas de uma exigência do mercado concorrente e de seu público específico. De acordo com Taraboulsi (2004), a hotelaria hospitalar faz uma interface com praticamente todos os serviços prestados pelo hospital, desde outros serviços de apoio, até os serviços-fim do hospital, ou seja, atendimento médico e de enfermagem. A partir do conceito de melhoria de

condições da infraestrutura do hospital para atender bem o cliente externo, a hotelaria hospitalar contribui para dar melhores condições ao profissional que presta serviços ao hospital. A hotelaria vem sendo inserida cada vez mais no corpo organizacional dos hospitais e no agir dos recursos humanos que neles atuam.

Muitos administradores, médicos e empregados de todos os níveis, tocados pela magia da hotelaria, estão procurando interagir com essa proposta que, apesar de recente, está ganhando força no meio hospitalar. Investir em hotelaria hospitalar é investir em qualidade: produz serviços melhores, posição financeira melhor, maior bem-estar para os clientes de saúde, menor giro do cliente interno e uma imagem melhor (TARABOULSI, 2004: 184).

4 PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO

Segundo Eneida Peçanha de Vasconcelos (TORRES,2001), o planejamento e a implantação de um processo de hotelaria hospitalar passam por três fases básicas, a saber:

- Concepção do projeto é a fase do diagnóstico, e define os passos a serem seguidos. Nessa fase, são detectadas as necessidades dos clientes internos e externos e as deficiências físicas.
- Revisão de fluxo entende-se por fluxo o processo interno por onde o paciente circula. O processo corresponde a cada etapa: recepção, internação (se for o caso), procedimentos, recuperação e alta. Desde a internação até a alta, todas as unidades devem ter interação, considerando os recursos físicos, materiais e humanos.
- Revisão de interfaces – é a avaliação da inter-relação entre as unidades de serviço. A revisão corresponde à "o que" cada unidade executa, como executa e quais as interações precisam ser reavaliadas.

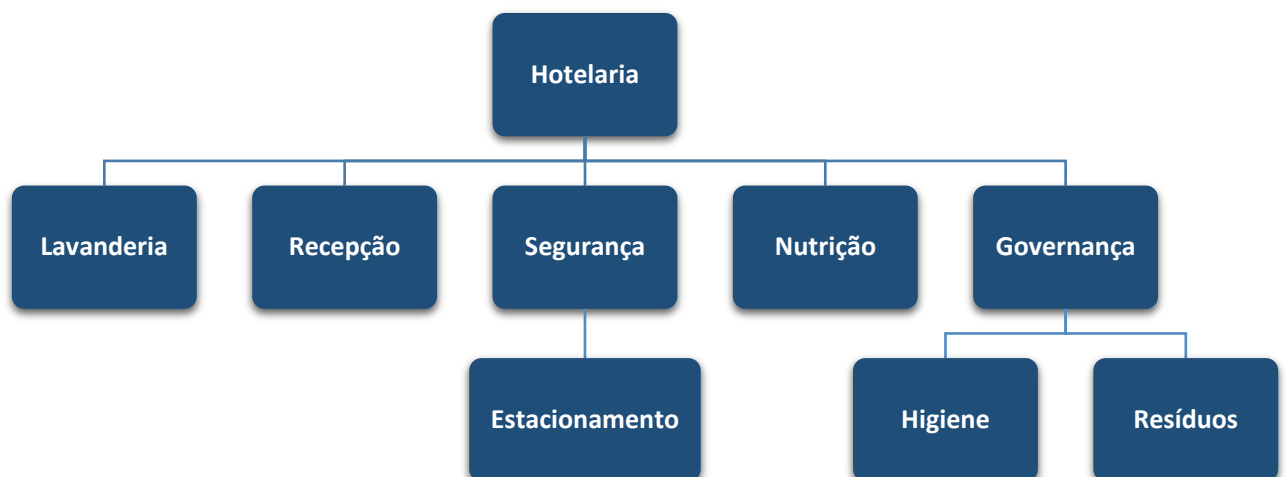
5 INTEGRAÇÃO ENTRE SERVIÇOS

Deve haver integração entre os diversos serviços oferecidos no hospital, de forma que o cliente tenha continuidade no nível de atendimento recebido em cada setor. (TORRES, 2001).

O processo começa desde que o cliente chega no hospital e é recebido pelo capitão-porteiro, depois, se dirige á recepção e dali é encaminhado para o centro cirúrgico, e assim por diante. Se a maioria desses serviços é qualidade, e apenas um é ruim, já será o suficiente para que o cliente forme uma péssima imagem da empresa. (TORRES, 2001).

6 DIMENSIONAMENTO DAS ÁREAS

- O dimensionamento das áreas está contido na resolução 50/2002 da ANVISA, que normatiza os projetos físicos de estabelecimentos de saúde.
- Trata-se de um conjunto de princípios que criam os critérios funcionais básicos para serem adaptados à realidade de cada instituição. É importante frisar que o critério sobre as condições ambientais de conforto que a instituição deseja oferecer aos seus usuários não poderá fugir desses padrões. Poderá sim buscar melhor qualidade na aquisição de materiais de construção e acabamento.



7 IMPLANTAÇÃO DO FLUXO

Entende-se por fluxo, o processo interno por onde o paciente circula. Desde a internação até a alta, toda a unidade deve estar interagida, considerando os recursos físicos, materiais e humanos. (TORRES,2001).

Recepção → internação →procedimentos →recuperação → alta

O fluxo existente considera também a classificação de áreas hospitalares como premissa importante para o controle de infecções hospitalares. São elas:

- **Áreas críticas:** oferecem maior risco de transmissão de infecções (unidade de terapia intensiva, centro de quimioterapia, isolamentos, necrotérios etc.).
- **Áreas semicríticas:** oferecem menor risco de transmissão de infecções (unidade de internação e ambulatorios);
- **Áreas não críticas:** são áreas ocupadas por pacientes (áreas administrativas). (TORRES, 2001).

8 LAVANDERIA

A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital.

O planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações.

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade deverão ser planejadas, instalada, organizada e controlada com o rigor dispensado às demais unidades do hospital.

A roupa limpa é indispensável ao funcionamento eficiente de um hospital.

Estudos realizados na área da microbiologia vieram revelar que os processos da roupa em um ambiente único, utilizado nas lavanderias tradicionais, propiciavam a recontaminação constante da roupa limpa na lavanderia. Esses estudos mostraram ainda, que grande número de bactérias jogadas no ar, durante o processo de separação da roupa suja, contaminava todo o ambiente circundante.

Tais descobertas revolucionaram a planta física da lavanderia hospitalar, as instalações, o equipamento e os métodos utilizados no processo da roupa.

A principal medida introduzida na moderna lavanderia hospitalar, para o controle das infecções, foi a instalação da barreira de contaminação, que separa a lavanderia em duas áreas distintas:

- Área suja (considerada contaminada) - utilizada para separação e lavagem;
- Área limpa - utilizada para acabamento e guarda.

Esta barreira de contaminação só será realmente eficiente se existirem as lavadoras de desinfecção, com duas portas de acesso, uma para cada área, na parede que separa a área contaminada da área limpa. A barreira de separação também poderá ser dotada de visores, para facilitar a comunicação e o controle.

Nos hospitais de pequeno porte que utilizam, ainda, as lavadoras tradicionais, a barreira de contaminação pode ser efetivada por meio de uma área física, ou seja, um espaço intermediário.

Ao se pensar em construir ou reformar uma lavanderia hospitalar, alguns fatores são básicos para a elaboração do projeto, como por exemplo, a necessidade de se determinar com a maior precisão possível, qual a quantidade, peso e tipo de roupa a ser processada. Esses dados influirão sobremaneira no dimensionamento das áreas, equipamentos, instalações, recursos humanos necessários, enfim na capacidade da lavanderia.

Para se determinar a exata quantidade e peso da roupa faz-se necessário conhecer o número total de leitos do hospital e sua taxa de ocupação. A seguir, o tipo de hospital ou suas finalidades, a frequência de troca de roupa dos leitos e o volume de roupa usada pelas diversas unidades. Num hospital geral, a troca de roupa dos leitos e dos pacientes é mais frequente, podendo-se admitir a troca diária de um lençol, o que equivale a 4 kg/leito/dia. Já num hospital de longa permanência, para doentes crônicos, esta troca pode ser efetuada com menor frequência: duas trocas de roupa dos leitos por semana, o que equivalera a 2 kg/leito/dia.

Em unidades de pronto-socorro, obstetrícia, pediatria ou hospital geral de maior rotatividade, a troca diária de roupa dos leitos equivale a 6 kg/leito/dia. Num hospital em que há troca diária de roupa dos leitos de pacientes e acompanhantes e que lave os uniformes dos funcionários, o índice fica entre 7 a 8 kg/leito/dia, que é o atualmente usado nos Estados Unidos da América, em hospitais de alto nível de atendimento.

8.1 Controle de Roupas

O controle de roupas pode ser realizado com um sistema de fichas de controle por apartamento, por andar ou por tipo de roupa. Todas as informações referentes às roupas devem ser anotadas nas fichas. (CASTRO, 2002).

8.2 Inventários

O inventario é uma contagem dos equipamentos e dos materiais de trabalho e das roupas dos diversos setores com o objetivo de controlar esses itens. O inventario das roupas deve ser feito duas vezes por anos e dos equipamentos, uma vez por ano. (CASTRO, 2002).

8.3 Pessoal

Conhecer o número e a qualificação dos servidores que trabalham na lavanderia constitui um dado importante para o dimensionamento da área. O número de servidores depende do equipamento, das instalações e dos métodos utilizados. A qualificação do pessoal possibilita a utilização do equipamento e de processos inovadores, reduzindo assim o custo operacional e otimizando o espaço.

O pessoal representa cerca de 60% dos custos da lavanderia.

Para que o desempenho satisfatório do trabalho, todo pessoal da lavanderia deve ter um nível de instrução básica que lhe permita interpretar e executar perfeitamente as rotinas, técnicas e controle das máquinas, bem como fazer registros precisos, considerando sua importância para a análise dos resultados.

Hierarquicamente, a primeira função na administração de pessoal é representada pela chefia.

Os requisitos necessários ao chefe da lavanderia são:

- ✓ Ter formação educacional de segundo grau completo e, se possível, superior (engenheiro mecânico, de produção ou químico; bacteriologista; enfermeiro ou técnico em administração);
- ✓ Ter conhecimento e experiência específica no ramo e recurso especializado em lavanderia, se possível;
- ✓ Capacidade de liderança e administração;
- ✓ Conhecimentos básicos de química, física, bacteriologia e segurança do trabalho.

É conveniente que a Direção do hospital estabeleça a formação de uma comissão de lavanderia, presidida por um representante da administração. Devem fazer parte da mesma, além do chefe da lavanderia, a enfermeira chefe do hospital, o chefe do departamento de compras e o chefe do serviço de limpeza.

Na lavanderia de um hospital de pequeno porte (até 50 leitos), a equipe é menor e mais simplificada, constituída de um chefe e três ou quatro operadores.

Em uma lavanderia de grande porte, como no exemplo do organograma (figura 4), o trabalho é mais complexo, cabendo a diversificação da equipe, conforme as necessidades, por exemplo, de um chefe da lavanderia e encarregados de setores, assim distribuídos:

- ✓ Encarregado da área suja;

- ✓ Encarregado da área limpa ou setor de acabamento;
- ✓ Encarregado da rouparia.

Cada setor tem um responsável de atividades, como, por exemplo, na área suja onde há um responsável pela coleta, um pela separação e pesagem e outro pela lavagem.

9 RECEPÇÃO

Quando o objetivo é humanizar o atendimento, recepção assume um importante papel dentre os serviços necessários ao funcionamento do hospital. O funcionário da recepção deve ser muito bem preparado e demonstrar cordialidade, respeito, educação, simpatia para com os clientes, os colegas e seus supervisores. Ele deve ser capaz de dar informações seguras e sempre verdadeiras e mostrar-se eficiente na solução de problemas, encaminhar os pacientes para a unidade de internação, clínica, exames. (TORRES, 2001).

Aos visitantes, a recepção tem a responsabilidade de direcioná-los ao local de visitas e fornecer as informações.

O recepcionista deve colocar-se de forma receptiva, apresentar-se com boa aparência, ser cortês, discreto e ágil nas respostas. (TORRES, 2001).

10 SEGURANÇA PATRIMONIAL

No hospital, uma das tarefas do setor de segurança é fazer um trabalho administrativo através da checagem da entrada e saída de funcionários e fornecedores na portaria de funcionários. (CASTRO, 2002).

O funcionário da segurança tem também um importante papel como prestadores de informações, uma vez que a grande parte dos clientes recorre a eles, quando precisam de informações. (CASTRO, 2002).

A Segurança Patrimonial é definida como um conjunto de medidas e práticas de segurança, capazes de gerar um estado no qual, o patrimônio de uma organização esteja livre de danos, interferências e perturbações, com a finalidade de garantir a incolumidade física das pessoas e a integridade do ambiente.

A atividade de segurança patrimonial em um hospital requer medidas de segurança apropriadas, as características de ambiente hospitalar. Ela deve ser formada por pessoas treinadas para obter melhores resultados de segurança para o cliente, e funcionários da unidade.

Veja abaixo como a equipe é formada:

- ✓ Gerência de Segurança Patrimonial
- ✓ Apoio Administrativo
- ✓ Supervisão de controle de acesso
- ✓ Atividade de inteligência
- ✓ Atividade de contra- inteligência
- ✓ Serviços de portaria
- ✓ Central de monitoramento
- ✓ Serviço de vigilância patrimonial

10.1 Objetivos da Segurança Patrimonial Hospitalar

- Controlar o fluxo de pessoas e materiais no complexo hospitalar;

- Proteger as pessoas que trabalham, utilizam os serviços e freqüentam o local;
- Proteger os bens da organização hospitalar, de colaboradores e terceiros que freqüentam o local;
- Proporcionar uma sensação de segurança para os colaboradores e usuários do hospital;
- Contribuir na busca de um ambiente hospitalar mais seguro e saudável;
- Proporcionar maior tranquilidade para os pacientes, visitantes, funcionários e prestadores de serviço.

10.2 Atividades da Segurança Patrimonial Hospitalar

O fluxo de pessoas é intenso e variado, envolve pessoas de varias culturas e poder aquisitivo, que vão de pacientes a visitantes. Os riscos a segurança patrimonial envolvem casos de furtos de medicamentos, furtos de materiais, desaparecimento de pacientes, roubo de crianças e até assassinato.

Dentre as principais atividades desenvolvidas pela equipe de segurança hospitalar são:

- ✓ Controle de acesso de colaboradores, fornecedores, pacientes, acompanhantes e visitantes;
- ✓ Controle de estacionamentos internos e externos;
- ✓ Atuação diante de emergência;
- ✓ Intervenção em casos de conflitos;
- ✓ Pronta respostas em casos de ações criminosas;
- ✓ Rondas periódicas periféricas e internas;
- ✓ Controle de chaves e crachás;
- ✓ Serviços de orientação ao cliente;
- ✓ Atendimento ao público em geral.

11 ESTACIONAMENTO

O local escolhido para o estacionamento deve quantificar vagas para viaturas de serviço e de passageiros, ainda conforme RDC 50/2002 é necessário que para estacionamentos com até 10 vagas, duas sejam reservadas para deficientes físicos.

De acordo com os serviços prestados e população usuária do EAS (Estabelecimentos Assistenciais de Saúde), devem ser previstos locais de estacionamento para as viaturas de serviço e de passageiros, sendo consideradas para quantificação do número de vagas as orientações dos códigos de obras municipais, ficando estabelecido para os EASs com internação situados em cidades onde o código de obras é omissivo em relação a esse assunto, uma área mínima de 12,00 m² ou uma vaga para veículo a cada quatro leitos. O estacionamento pode ser localizado em local distinto ao do prédio do EAS, conforme orientação contida no código de obras da cidade.

Junto às calçadas, os meios-fios (guias) devem ser rebaixados de modo a permitir o tráfego de cadeira de rodas ou macas.

A seguir são apresentados de modo geral os tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

- Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel, ambulância ou helicóptero;
- Paciente a ser internado (paciente interno);
- Visita ao paciente internado;
- Paciente externo de ambulatório;
- Funcionários (médicos e enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo; · demais funcionários;
- Fornecedores, vendedores;
- Entrega de suprimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc.;
- Remoção de cadáveres; e

- Remoção de resíduos sólidos.

Para estacionamentos com até 100 vagas, devem existir duas vagas reservadas a deficientes ambulatoriais. Estacionamentos acima de 100 vagas devem possuir 1% dessas destinados a esses deficientes, conforme norma NBR-9050 da ABNT. Os helipontos, quando existirem, devem atender as normas do Ministério da Aeronáutica / Departamento de Aviação Civil – DAC, Instrução de Aviação Civil IAC-3134-135-1096 e Portaria nº 18/GM5 de 14/02/74 publicada do DOU 01/03/74

12 NUTRIÇÃO

A cozinha do hospital visa atender ao cliente interno (funcionários) e ao cliente externo (pacientes e acompanhantes).

Dentro da ideologia da hotelaria hospitalar, a cozinha deve oferecer alimentação de qualidade para os dois tipos de clientes, o que trata o alto nível de satisfação, contribuindo muito para a avaliação positiva da empresa.

O planejamento, a elaboração do projeto da cozinha e o dimensionamento dos equipamentos devem ser feito por técnicos capacitados, com experiência nessa área.

A área do serviço de alimentação hospitalar deve ser dividida nos setores de:

Administração, Cozinha e Refeitório

A composição básica da equipe inclui nutricionistas, chefe de cozinha, cozinheiros, copeiras, auxiliares de cozinha e auxiliares de serviços gerais. (TORRES, 2001).

13 GOVERNANÇA

O setor de governança é responsável pelos serviços de lavanderia, rouparia, jardinagem, limpeza e arrumação dos apartamentos e áreas sociais e pelos serviços gerais na área sob sua responsabilidade. (TORRES, 2001)

É responsabilidade do setor de governança o conforto e o bem-estar do cliente. A primeira função é a limpeza dos apartamentos, dos corredores e das áreas sociais, fornecimento de uniformes, o controle de roupas dos apartamentos, os achados e perdidos, a requisição de serviços de manutenção, as atividades do setor de costura, a preparação de orçamentos anuais, o controle de despesas do apartamento, as pesquisas para novos equipamentos e produtos. (TORRES, 2001)

13.1 Compras

A governanta normalmente tem autonomia para efetuar pequenas compras para o seu setor, de acordo com um valor limite estabelecidas pela gerencia. (CASTRO, 2002).

13.2 Requisição de Serviços de Manutenção

Todas as vezes que ocorrem problemas hidráulicos, elétricos, de pintura, lâmpadas queimadas, equipamentos com defeito etc., a governança deve contatar o departamento de manutenção para que seja providenciado o reparo. (CASTRO, 2002).

13.4 Ligação com a recepção

A governança deve comunicar-se constantemente com a recepção, para verificar o status dos apartamentos, se o precisam ser arrumados, se podem ser liberados ou postos em manutenção. . (CASTRO, 2002).

14 HIGIENE

A limpeza deve ser feita com frequência para evitar o acúmulo de sujeira e a probabilidade de infecções. A governanta deve elaborar um esquema de trabalho, estabelecendo uma rotina periódica para os trabalhos de limpeza. A distribuição das tarefas deve ser registrada em uma agenda, ou através de uma tabela.

Ao executar a limpeza, deve ser tomado um cuidado especial com relação à poeira, a umidade e aos resíduos de alimentos, que podem levar a proliferação de microorganismos causadores de doenças ou que provoquem cheiros desagradáveis.

Outro ponto importante é a higiene dos funcionários e sua aparência pessoal, itens muito observados pelos usuários dos serviços, a governanta deve orientar o pessoal do seu setor para que observem os seguintes pontos, quanto à higiene e aparência:

- ✓ Uniformes Limpos
- ✓ Sapatos engraxados
- ✓ Cabelos curtos ou presos com toucas
- ✓ Mãos limpas e unhas cortadas
- ✓ Maquiagem suave
- ✓ Banho diário
- ✓ Uso de desodorantes sem perfumes
- ✓ Dentes escovados após cada refeição FRANCO (2000)

15 RESÍDUOS

Definição De acordo com a RDC ANVISA no 306/04 e a Resolução CONAMA no 358/2005 são definidos como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centro de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Classificação A classificação dos RSS vem sofrendo um processo de evolução contínuo, na medida em que são introduzidos novos tipos de resíduos nas unidades de saúde e como resultado do conhecimento do comportamento destes perante o meio ambiente e a saúde, como forma de estabelecer uma gestão segura com base nos princípios da avaliação e gerenciamento dos riscos envolvidos na sua manipulação. Os resíduos de serviços de saúde são parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada (cerca de 1% a 3% do total), mas pelo potencial de risco que representam à saúde e ao meio ambiente. Os RSS são classificados em função de suas características e conseqüentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde. De acordo com a RDC ANVISA no 306/04 e Resolução CONAMA no 358/05, os RSS são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E:

Grupo A - engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras.

Grupo B - contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: medicamentos apreendidos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros.

Grupo C - quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, como, por exemplo, serviços de medicina nuclear e radioterapia etc.

Grupo D - não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ex: sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.

Grupo E - materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.

15.1 Destinação de Resíduos dos Serviços de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB 2000), do IBGE, mostra que a maioria dos municípios brasileiros não utiliza um sistema apropriado para efetuar a coleta, o tratamento e a disposição final dos RSS. De um total de 5.507 municípios brasileiros pesquisados, somente 63% realizam a coleta dos RSS. O Sudeste é a região que mais realiza a coleta dos RSS em todo o Brasil, perfazendo cerca de 3.130 t/dia. Em seguida vem o Nordeste, com 469 t/dia, depois o Sul, com 195 t/dia, o Norte, com 145 t/dia, e, por último, o Centro Oeste, com 132 t/dia.

15.2. Educação Continuada

O programa de educação continuada, previsto na RDC ANVISA no 306/04, visa orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente a todos os envolvidos sobre os riscos e procedimentos adequados de manejo, de acordo com os preceitos do gerenciamento de resíduos.

De acordo com a RDC ANVISA no 306/04, os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício dos profissionais. O sucesso do programa depende da participação consciente e da cooperação de todo o pessoal envolvido no processo. Normalmente, os profissionais envolvidos são: médicos, enfermeiros, auxiliares, pessoal de limpeza, coletores internos e externos, pessoal de manutenção e serviços.

16 Mobiliários e Decoração

A escolha do mobiliário requer critérios que contenham: bom gosto, funcionalidades, durabilidade, facilidade de limpeza e remoção.

O cuidado com as cores é outro quesito, tendo em vista que, num ambiente hospitalar, as cores escuras tornam o ambiente triste e pouco acolhedor.

As circulações horizontais precisam ser seguras: corrimões, pisos antiderrapantes, bebedouros, telefone, área de conforto para os familiares.

Nas circulações verticais, observar a construção de escadas, rampas e elevadores, visando segurança e obediência às normas legais. (TORRES, 2001).

17 A HUMANIZAÇÃO ALIADA AO SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR

A hospitalidade pode determinar as relações humanas, levando isto para o ambiente hospitalar pode-se afirmar que a relação instituição-cliente se torna um diferencial para a evolução do tratamento, por isso, o contato entre profissional, que representa a instituição hospitalar, e o cliente, que nesse caso é o paciente, faz-se tão importante (ROSA JÚNIOR; SANTOS, 2008).

Atualmente, as pessoas não querem ficar internadas em locais com “cara e cheiro de hospital”, por isso, a humanização na hotelaria torna-se o diferencial entre estas instituições. Para se obter um ambiente humanizado faz-se necessário dar a equipe de trabalho um ambiente também humanizado, pois só é capaz de transmitir o cuidado o colaborador que se sente satisfeito com o seu emprego e a forma de atuar. Para isso, é preciso treinar as equipes, para que estes saibam escutar as queixas de medo e angustia de seus pacientes, além de descobrir as preferências dele, para assim, conhecer as suas necessidades e desejos, para poder, então, proporcionar assim um ambiente próximo à sua moradia e hábitos (DIAS, 2006; BATISTA, 2005).

A humanização da saúde é um movimento controvertido. Surge de um paradoxo entre a essência do ser, da capacidade do humano e a necessidade da construção de um espaço concreto, nas instituições, que legitime o humano das pessoas que, por vocação, escolheram trabalhar com a tênue e delicada relação entre a vida e a morte. (Zaher, Humanização Hospitalar, 2005.)

Taraboulsi (2004) evidencia a importância da hotelaria humanizada quando afirma em seu estudo que os quadros depressivos dos pacientes diminuíram notadamente, após a qualificação deste serviço, auxiliando, assim, a relação médico-paciente. Isto foi importante para desmistificar a “impressão de luxo desnecessário e esforço inútil” que os profissionais atuantes em outros setores tinham desta área, devido este serviço humanizado ser relativamente recente (pouco mais de uma década).

A hotelaria hospitalar humanizada ainda é um ponto de desavenças no ambiente hospitalar. Vários profissionais da saúde relutam em aceitar a quebra

do paradigma de que o paciente é um objeto de seu trabalho. A humanização hospitalar seria de fácil aderência se o sentimento de empatia estivesse interligado aos valores da sociedade (BATISTA, 2005; GONÇALVES, FERREIRA, 2013).

Humanização é o processo de transformação da cultura institu- Aspectos humanos na gestão hospitalar institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos pacientes e profissionais, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento, por meio da promoção de ações que à competência técnica e tecnológica, agregam o valor da dimensão subjetiva dos participantes. (Zaher, Humanização Hospitalar, 2005).

18 CONCLUSÃO

Na hotelaria hospitalar a imagem que se teria de um hospital seria substituída por um ambiente aconchegante, humanizado, trazendo para o cliente conforto semelhante à estrutura de um hotel, onde a hospitalidade seja notada e compreendida pelos funcionários do hospital como ferramenta para o retorno do paciente e indicação para parentes e amigos.

A hotelaria hospitalar envolve em si serviços humanizados, que tem como objetivo a satisfação do paciente, podendo este fator ajudar em seu quadro clínico. A hospitalidade, segurança e conforto completam o conjunto deste tipo de serviço. Portanto a qualidade dos serviços prestados apresenta-se como fator diferencial para a escolha de local para hospedagem (entenda-se internação). De acordo com a pesquisa, o setor de HH seria responsável por toda a estadia do paciente.

REFERÊNCIAS

ATENDIMENTO ao cliente da saúde. Caxias do Sul, RS: Educs, 2004.

BOEGER, M. A. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CÂNDIDO, I. **Governança em hotelaria**. Caxias do Sul, EDUCS, 2001.155 p.

CÂNDIDO, I; MORAES, O. D.; VIERA, E. V. **Hotelaria Hospitalar**: um novo conceito no

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

CASTRO, R. M. S. **Lavanderia – para hospitais e hotéis** - como instalar e administrar. Viçosa, MG, CPT,2002.130P.

DIAS, M. A. A. **Humanização do espaço hospitalar**: uma responsabilidade compartilhada. Mundo Saúde. 2006;30(2):340-3.

Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde – ANVISA

Manual de Lavanderia Hospitalar MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DIVISÃO NACIONAL DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

RDC 50/2002 (pg. 86)

Revista Técnica de Hotelaria na Saúde 2017

Site: www.gestaodesegurancaprivada.com.br

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HOTELARIA HOSPITALAR - SBHH 2016)

TARABOULSI, F. A. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

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

TORRES,S; LISBOA,T. C. **Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar**. 2 ed. São Paulo: Baliero, 2001.