

A GASTRONOMIA NO CONTEXTO DA HOTELARIA HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

GASTRONOMY IN THE CONTEXT OF THE HOSPITAL HOTELS: A CASE STUDY IN RIO DE JANEIRO, RJ, BRAZIL

LA GASTRONOMÍA EN EL CONTEXTO DE LA HOTELERÍA HOSPITALARIA: UN ESTUDIO DE CASO EN LA CIUDAD DEL RÍO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Claudia Conceição Pinto

Instituto Federal de Santa Catarina
c.s.claudia@hotmail.com

Emilaura Alves Alves

Instituto Federal de Santa Catarina
emilaura.alves@ifsc.edu.br

RESUMO

Diante da tendência mercadológica, as organizações de saúde buscam inserir a gastronomia no âmbito hospitalar, no intuito de garantir a satisfação e fidelizar os clientes, aderindo e conciliando as ferramentas da indústria de serviços, concebendo um novo conceito de bem receber. A gastronomia está associada à habilidade no preparo dos alimentos, tornando as refeições mais saborosas, estimulando o prazer pela refeição. O objetivo deste estudo foi identificar quais as principais características da gastronomia hospitalar e como ela estava organizada em uma instituição de saúde privada da cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de uma lista de observação e questionários aplicados na unidade de alimentação e nutrição. Foi possível afirmar que o desenvolvimento do conceito da gastronomia hospitalar requer um conjunto de ações tais como: recursos materiais adequados à proposta do cardápio, profissionais qualificados que em seu trabalho utilizem técnicas e métodos da gastronomia e serviços de qualidade aos clientes. Concluiu-se que muitas adaptações precisam ser feitas para um sistema gastronômico hospitalar, mas a rentabilidade proporcionada pode ser compensador.

Palavras-chave: Gastronomia Hospitalar. Serviço de Alimentação. Hospitalidade.

ABSTRACT

Faced with the market trend, the health organizations seek to insert gastronomy in the hospital environment, in order to ensure customer satisfaction and loyalty, adhering and reconciling the tools of the service industry, designing a new concept of a good welcoming. The gastronomy is associated with the ability to prepare food, making meals tastier, stimulating the pleasure for meal. The objective of this paper was to identify the main characteristics of hospital gastronomy and how it was organized in a private health institution in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. Data collection was done through an observation list and questionnaires applied in a food service. It was possible to affirm that the development of the concept of hospital gastronomy requires a set of actions, such as the material resources properly adequate to the proposal of the menu, qualified professionals who, in their work, use the techniques and methods of gastronomy and quality services to customers. Concluded that many adaptations need to be made to a hospital gastronomic system, but the profitability provided may be good.

Key words: Hospital Gastronomy. Food Service. Hospitality.

RESUMEN

Dada la tendencia de la comercialización, las organizaciones de salud tratan de poner la gastronomía en los hospitales, con el fin de garantizar la satisfacción y fidelizar a los clientes mediante la unión y la combinación de las herramientas de la industria de servicios, concebendo de un nuevo concepto de hospitalidad. La gastronomía está asociado con destreza en la preparación de alimentos, con comidas más sabrosas al estimular el placer. El objetivo de este estudio fue identificar las características principales de la gastronomía del hospital y la forma en que se organiza en una institución de salud privada en Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de una lista de vigilancia e cuestionarios aplicados en Unidad de Nutrición Dietética. Se fue posible afirmar que el desarrollo del concepto de la gastronomía del hospital requiere un conjunto de acciones tales como recursos materiales adecuados en el menú propuesto, profesionales calificados en su trabajo utilizando técnicas y métodos de gastronomía y servicio de calidad a los clientes. Se concluyó que muchas adaptaciones deben hacerse para un sistema gastronómico hospitalario, pero siempre la rentabilidad puede ser gratificante.

Palabras-clave: Gastronomía del hospital. Servicio de Alimentos. Hospitalidad.

INTRODUÇÃO

A hotelaria hospitalar emerge diante da nova demanda do mercado atual com um olhar na excelência dos serviços, empenhando-se em associar duas vertentes: os serviços hospitalares, centralizado na cura do paciente, e a hotelaria, focada na hospitalidade. Desta forma, Boeger (2008) explica que a hotelaria hospitalar é “uma tendência irreversível pela exigência do público que frequenta hospitais e que começa

a habituar-se aos serviços de hotelaria existente”. Sendo assim, pode-se perceber que o triunfo da mesma está na humanização do ambiente hospitalar e na prestação dos serviços.

As organizações de saúde estão aderindo as novas ferramentas da indústria de serviços como estratégia competitiva conciliada a tentativa de alcançar as expectativas do cliente. Castelli (2001) salienta que os bens e serviços são revestidos de características. Quando essas vêm ao encontro das necessidades das pessoas geram benefícios, agregando valor.

Dentro desta disposição, as instituições hospitalares ampliam a oferta de produtos e introduzem novo conceito à alimentação hospitalar, com excelentes características sensoriais (cor, sabor, textura, aroma, entre outros), respeitando as intolerâncias, alergias e preferências alimentares (origem, cultura, credo, hábitos e costumes) e inovando no cardápio.

Essa tendência mercadológica é um diferencial no atendimento, oportunizando o encantamento do cliente através da gastronomia que pode trazer benefícios e auxiliar na gestão da instituição hospitalar, maximizando os lucros.

Para o desenvolvimento e implantação de processos gastronômicos, os hospitais buscam investir e equipar as cozinhas industriais com recursos tecnológicos como forno combinado, *pass through* (refrigerado e para aquecimento), ultra congelador, entre outros, e a inserção do profissional com formação em gastronomia, *room service*, empratados e bufê.

Diante destas considerações, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a implantação da gastronomia em uma Unidade de Alimentação de Nutrição (UAN) de um hospital particular recém inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, de forma a compreender os elementos que evidenciam a organização e a estruturação da gastronomia no contexto da hotelaria hospitalar e caracterizar esta área ainda incipiente. Justifica-se a realização deste estudo pelo fato de que a gastronomia hospitalar transformou-se em um elemento necessário de competitividade e sustentação das instituições de saúde privadas no mercado que tem como público alvo o cliente da alta classe social. Acrescenta-se também a falta de estudos que definam com clareza quais os elementos necessários para a estruturação e manutenção da gastronomia hospitalar, desenhando as características da produção e do serviço de alimentação nestas instituições.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Hotelaria hospitalar

O atual padrão de gestão da hotelaria hospitalar busca marcar e superar os antigos conceitos dos hospitais, rompendo com os paradigmas em que as instituições de saúde são ambientes mórbidos e frios, que almejavam somente o diagnóstico e o tratamento da doença (CAMPOS, 2000).

A organização hospitalar é uma das mais complexas devido sua nobreza e amplitude da missão. Trigo et al. (2005 p.808) exprimem que a principal função de um hospital é “restaurar o indivíduo doente e o mais depressa possível devolvê-lo à comunidade”. Abbas (2001) ressalta que em uma instituição de saúde o produto hospitalar é uma série de serviços prestados ao paciente.

Os novos modelos de gestão introduzidos no mercado, frente à exigência dos atuais consumidores que abandonaram a posição de paciente, formaram o novo conceito do cliente de saúde, o qual abrange além da pessoa hospitalizada, os acompanhantes e familiares. Estes são consumidores cientes dos seus direitos e responsabilidades. Para Taraboulsi (2006) o cliente de saúde é todo aquele que adquire serviço médico-hospitalar e quer atenção, respeito e qualidade. Devido à nova tendência, os hospitais buscam na hotelaria medidas voltadas à hospitalidade e humanização.

Para Cooper et al. (2001), ao longo da história da humanidade, a hospitalidade vem adquirindo uma maior dimensão, uma combinação complexa de benefícios e aspectos tangíveis e intangíveis. A hospitalidade emergiu como o modo pelo qual hoteleiros e fornecedores de alimentos e bebidas

gostariam que seu setor fosse visto, possuindo dois serviços: a provisão de acomodação noturna para pessoas e alimentos para as que comem fora de casa (JONES, 1996).

Na busca pela humanização, a hospitalidade no ambiente hospitalar é um dos fatores que contribui para a satisfação de algumas das necessidades humanas, como a socialização e participação (TARABOULSI, 2006).

A hotelaria hospitalar é a reunião dos serviços de apoio associados aos específicos, oferecendo aos clientes conforto, segurança e bem-estar durante a internação (BOEGER, 2008). A hotelaria hospitalar introduziu novos processos, serviços e condutas (TARABOULSI, 2006). A globalização contribuiu para o surgimento de novos conhecimentos e exigências destes clientes (BOEGER, 2008).

Além de colaborar para a percepção de bem-estar do cliente na concepção do produto genérico oferecido (medicina, instalações e atendimento), vinculado às condições de humanização, o departamento de hotelaria constitui vantagens competitivas nas organizações (TRIGO, 2005). Os clientes precisam ser conquistados através de excelentes serviços e assim se tornarão fiéis, ou seja, a hotelaria hospitalar é uma forte ferramenta para que a empresa se diferencie em relação à concorrência e humanize seus serviços.

O Ministério do Turismo do Brasil (FLANDRIN, 2007, p.16) define hotelaria hospitalar como o “conjunto de serviços da hotelaria clássica, adaptado e implantado no ambiente hospitalar, visando proporcionar melhores condições de estada ao paciente”. Para Godoi (2004, p.40), esta 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”. Moraes, Cândido e Viera (2004) explanam que o foco será sempre o de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, aos colaboradores e à direção com a ideia do receber bem e estar acolhido, adequado as regras e funções hospitalares, sem descaracterizar os serviços de atendimento, preservando-o para que não ocorra interferência ou impacto nos procedimentos operacionais do hospital.

A hotelaria hospitalar busca aproximar-se da real necessidade do cliente, procurando medir suas expectativas e necessidades, sem interferir no exercício das funções dos profissionais de saúde, auxiliando-os no atendimento, a fim de que os mesmos encontrem pacientes e acompanhantes mais satisfeitos, pois tiveram seus desejos respeitados (BOEGER, 2007).

Sabe-se que as organizações hospitalares apresentam muitas similaridades quanto ao projeto arquitetônico, a alta tecnologia, as propostas, a missão e os valores. Os hospitais que competem entre si, atendem praticamente os mesmos convênios ou os pacientes de mesmo nível social. Entretanto, o que o difere dos demais concorrentes é a prestação de serviços. Neste aspecto, o serviço de alimentação desenvolvido com o conceito da gastronomia hospitalar emerge como um importante diferencial para as instituições hospitalares.

A alimentação no ambiente hospitalar e a gastronomia hospitalar

A alimentação é um dos principais recursos terapêuticos. Sabe-se que os alimentos possuem papel relevante para cada fase da vida do ser humano (CASTELLI, 2006).

Carvalho (2011) e Poulain e Saint-Sevin (1990) afirmam que a alimentação hospitalar tem de ser uma intervenção obrigatória e adjuvante, com o potencial de melhorar o prognóstico da própria doença. A intervenção adequada e individualizada melhora a sintomatologia, reduz a morbidade e mortalidade, apresentando um prognóstico final mais favorável. As dietas precisam estar alinhadas as necessidades quanto à composição nutricional e atender as preferências quanto sabor, temperatura e textura, a fim de que não ocorra a rejeição do alimento pelo paciente.

O autor Brillat-Savarin, escreveu em 1825 sua obra *A Filosofia do Gosto* "diga-me o que come e te direi quem é", onde conceitua a gastronomia como um fato que governa a vida inteira do homem e como o conhecimento de tudo o que se refere ao homem na medida em que se alimenta (BRILLAT-SAVARIN, 1995).

Na diligência por conhecer a comensalidade no meio hospitalar e a relevância da gastronomia, pode-se refletir que se comer é um instinto, sendo a fome uma carência biológica, o apetite “é fundamentalmente um estado mental, uma sensação que tem muito mais de psicológico do que de fisiológico” (FRANCO, 2010, p.37).

Nas UANs trabalha-se diariamente com o desafio de fornecer assistência dietoterápica adequada aos pacientes, acompanhando a evolução técnico-científica, o mercado e a gastronomia hospitalar (JORGE, 2003).

A gastronomia hospitalar concilia a prescrição dietética à elaboração de refeições atrativas e saborosas, a fim de promover a nutrição com prazer (JORGE, 2007) e ainda a apresentação do prato e da bandeja, a variedade do cardápio, o treinamento especializado de funcionários, a cordialidade no atendimento e a rapidez do serviço.

Boeger, Waksman e Farah (2011), em consonância com Boeger (2008), ressaltam que é fundamental: recursos humanos (equipe qualificada), tecnológicos (utilização de *palms* para a solicitação de dieta, *software* para avaliação nutricional e controle de produção, equipamentos para preparo, distribuição e conservação dos alimentos), físicos (espaços necessários para o processo produtivo) e econômicos.

Os benefícios da implementação da gastronomia hospitalar

A gastronomia hospitalar agrega benefícios como: a desmistificação de que comida de hospital é ruim e sem sabor (SOUZA; PROENÇA, 2004); desmascara o conceito que as aversões alimentares não possam ser trabalhadas, investigando as preferências e expectativas dos pacientes (SOUSA et al. 2006); a diferenciação na estética da preparação quanto os cortes, decoração e linha de montagem (JORGE; MACULEVICIUS, 2007) e a inserção do chefe de cozinha ou gastrólogos habilitados.

Nas organizações de saúde, o chefe de cozinha desenvolve papel primordial junto equipe de nutrição, oferecendo uma alimentação mais prazerosa, adaptando as dietas às tendências gastronômicas e preservando as características sensoriais e terapêuticas dos alimentos (FREIXAS; CHAVES, 2013).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa caracteriza-se por um estudo transversal de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa qualitativa busca a compreensão detalhada dos significados e características da situação em estudo. Gerhardt e Silveria (2009, p.31), descrevem que “a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas, sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc”.

Inerente a pesquisa qualitativa, o estudo de caso “refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular” considerada suficiente para análise de um fenômeno (TULL; HAWKINS, 1976, p.323; YIN, 2010). O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que busca examinar um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto (ROESCH, 2012). O estudo de caso é útil, segundo Bonoma (1985, p. 207), “quando um fenômeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais”.

A instituição escolhida para este estudo de caso caracterizou-se como um hospital privado de uma das maiores operadoras independente de hospitais do Brasil, com presença nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Pernambuco. Tendo a primeira unidade fundada em 1977, a rede possui, atualmente, 34 hospitais com mais de 4,7 mil leitos, 36,5 mil colaboradores, 3,1 milhões de atendimentos de emergência por ano, 302 mil internações por ano, 192 mil cirurgias por ano e 87 mil médicos credenciados. Além dos hospitais, a rede possui também um Centro de Oncologia e um Instituto de Pesquisa e Ensino.

Dentre os 34 hospitais da rede está uma unidade recém-inaugurada em 15 de outubro de 2016, na cidade do Rio de Janeiro (RJ) que se encontra em expansão e finalização da obra. A unidade possui 21 mil metros quadrados de área construída, distribuído em sete andares, com estrutura de hotelaria de alto nível ofertando tratamento especializado em cardiologia e neurologia, com foco na área cirúrgica. Esta unidade foi escolhida devido à presença do departamento de hotelaria hospitalar implantado e a oferta de serviços de alta qualidade na área da alimentação hospitalar. No dia que ocorreu a coleta de dados, a unidade estava no exercício de suas funções. Foi analisada uma UAN (modalidade de auto gestão) atendendo funcionários, pacientes e acompanhantes.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma lista de observação, elaborada com base em revisão de literatura. Os itens analisados foram: recursos humanos e materiais, características da produção (cardápios, volume de refeição, técnicas de produção e características sensoriais) e distribuição das refeições para pacientes, acompanhantes e funcionários (horários, escolha da refeição e pedido, transporte, louçaria e locais de refeição). Foi realizado um teste piloto com a lista de observação em um hospital particular da região para validação e a necessidade de alteração, inclusão ou exclusão dos itens do instrumento.

A coleta de dados ocorreu em uma visita única, previamente agendada e autorizada. A visita aconteceu em novembro de 2016 e teve duração de aproximadamente 6 horas, entre o período matutino e vespertino. Além da observação direta, foram realizados alguns questionamentos com os chefes de cozinha, as copeiras e com a nutricionista responsável-técnica, a fim de elucidar dúvidas e melhor conhecer o serviço.

Por se tratar de um estudo de caso, os dados coletados foram descritos e analisados comparando-os às informações disponíveis na literatura técnico científica, de forma a compreender a organização e a estruturação da gastronomia no contexto da hotelaria hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os recursos humanos da UAN

A UAN operava 24 horas por dia com duas cozinhas industriais. Os profissionais da equipe eram: serviços gerais, conferente de produtos, magarefe (manipulador de carnes), saladeira, confeitadeira, auxiliar de cozinha, cozinheiro, subchefe, chefe, copeira, supervisora de copeira, garçom, *barman*, *maitrê* e nutricionista.

A equipe de nutricionistas era composta por 8 profissionais: uma na Gerência Geral da UAN, uma na unidade de produção de refeições, uma no recebimento de alimentos (gerenciando o estoque) e 5 atuando no processo de assistência ao paciente. Atualmente o hospital possui 42 leitos ativos para internação, todavia novas alas estão projetadas. Na assistência ao paciente, as nutricionistas se revezavam em escala de 12h/36h, ou seja, trabalham 12 horas e folgam 36 horas. Este quadro corrobora com Boog et al. (1989), os quais, em um estudo realizado sobre o trabalho de nutricionistas em hospitais, relataram que este profissional comumente desempenha um conjunto de atividades diversificado, perpassando pela anamnese alimentar e acompanhamento clínico-nutricional do paciente à gestão da produção de refeições.

A equipe de produção de alimentos é comanda pelo suíço chefe Steve Moreillon, com formação em Gastronomia e experiência de vinte anos de atuação na área hospitalar. O cardápio era assinado pelo chefe Roland Villard, o qual prestava consultoria para a instituição. Algumas das nutricionistas eram pós-graduadas e outras estavam concluindo do curso de pós-graduação. Os cozinheiros possuíam curso técnico em Gastronomia, além de experiência na área, como era o caso do subchefe. Estes dominavam facilmente as técnicas culinárias e o manuseio dos equipamentos. A supervisora das copeiras e as copeiras possuíam ensino médio completo. As confeitadeiras possuíam curso técnico e os magarefes experiência e curso sobre manipulação e armazenagem de carnes.

Em um estudo desenvolvido com empresas da área de prestação de serviços de alimentação ficou evidenciado que a segurança dos alimentos está diretamente relacionada à qualificação dos recursos humanos (COOPER; SCHINDLER, 2006). Diante disto, a equipe profissional da UAN em estudo passava por constante treinamento. Era realizado, no processo inicial de contratação, um curso de 3 meses, orientando sobre os conceitos de hotelaria hospitalar e sobre a concepção das dietas. A nutricionista responsável geral do setor acentuava que seu maior desafio era ser “babá de colaborador”, pois mesmo diante de tanto treinamento e cobrança, os mesmos eram “pegos fazendo o que é errado”, referindo-se à ausência do uso dos equipamentos de proteção individual e de luvas na manipulação de alimentos. Os cursos de capacitação e qualificação precisavam ser continuamente realizados, pois as mudanças nos aspectos político, econômico, cultural, social e tecnológico promoviam a necessidade de profissionalização do ser humano.

Os recursos materiais da UAN

A primeira cozinha industrial estava localizada sob o restaurante *gourmet* da unidade com os chefes de cozinha e brigada de trabalho. No andar acima estava o restaurante e uma equipe de garçom, *maitrê* e *barman*, que cuidavam do bufê e realizavam o trabalho de reposição e serviços de mesa. Havia um espaço de apoio onde três colaboradores cuidavam do administrativo e atendiam aos pedidos dos médicos e acompanhantes, lançando-os no sistema. A segunda cozinha industrial estava localizada em outra ala do hospital, com acesso facilitado para recebimento de cargas. Era um espaço mais amplo, com número maior de equipamentos e câmara de congelamento. Esta cozinha estava disposta ao lado do refeitório dos colaboradores, local aonde era realizado o maior número de refeições. Nesta área estava presente o setor operacional das nutricionistas e era dedicada a produção e porcionamento das dietas hospitalares.

Foi observado que a UAN possuía equipamentos de alta tecnologia para a produção dos alimentos, a saber: fornos combinados, *pass-through* de refrigeração e de aquecimento, ultra refrigeradores e congeladores, câmara fria e câmara congelada departamentada, carros térmicos para cubas *gastronorm* e carros térmicos para transporte de alimentos (acondicionamento quente e frio), além de diversos outros equipamentos, como liquidificador de alta potência, descascador de legumes, cortador e fatiador de legumes, processador de alimentos, cortadeira de pães, máquina de gelo em cubos (todos estes em modelos industriais), *grill* à vapor, seladoras à vácuo digital com visualização interna da câmara, localizadas nas áreas de montagem da refeição do acompanhante, de higienização de vegetais (as frutas, verduras e legumes depois de lavados e desinfetados eram secas e embaladas seladas) e do magarefe. A cozinha também possuía caldeiras para molhos e grandes quantidades de refeição, a serem melhores utilizadas quando o hospital estiver trabalhando com maior capacidade de atendimento de pacientes, após inauguração de todas as áreas planejadas.

A UAN dispunha ainda de cozinha experimental, onde o chefe desenvolvia experimentos para valorização dos aspectos gastronômicos da dieta hospitalar como aplicação das técnicas de corte, dos métodos de cocção e a preparação dos pratos. Estas iniciativas são formas da instituição obter melhorias na qualidade dietética e sensorial da alimentação.

Para a distribuição das refeições, a UAN dispunha de dois refeitórios, sendo um exclusivo para equipe médica e outro para os demais funcionários do hospital. Em geral, estes ambientes possuíam máquina de suco e de gelo, filtro de água, máquina de café, bancadas refrigeradas, balcões *self service* iluminado e sistema de exaustão para cozinhas profissionais. O refeitório da equipe médica era o próprio restaurante da instituição. Este se diferenciava pela elegância na decoração e *design*, além das louças e talheres importados. A proposta de serviço também era específica, com a presença do chefe majoritário, *barman*, *maitrê* e garçom. Nas alas dos pacientes (ala de internação), existia uma copa de apoio equipada com lavatórios, bancadas refrigeradas e equipamentos eletrodomésticos (refrigerador, micro-ondas, liquidificador, espremedor de suco, entre outros). Neste ambiente, eram realizados a finalização da preparação e o aquecimento, se necessário, pelas copeiras. Mesmo que a refeição fosse

transportada em carros térmicos de alta tecnologia, a verificação da temperatura era conferida e anotada em planilhas.

Produção de refeições na UAN

Eram produzidas em média 40 refeições para os pacientes e acompanhantes, 60 refeições diferenciadas para a equipe médica e 350 refeições para os demais funcionários do hospital.

As refeições servidas aos pacientes possuíam horários predeterminados (exceto no serviço de *room service*). Durante um período de 24h de internação eram oferecidos: café da manhã (7:00h às 8:00h), colazione (9:00h às 10:00h), almoço (12:00h às 13:30h), lanche da tarde (15:00h às 16:00h), jantar (18:30h às 19:30h) e ceia (21:00h às 22:00h).

Segundo a nutricionista entrevistada, após o horário padrão da refeição todas as preparações que estavam no balcão térmico de porcionamento das dietas eram descartadas. Caso um paciente fosse liberado para o quarto ou internado depois do horário da refeição principal, este receberia uma refeição caracterizada por lanche.

As dietas padronizadas na UAN eram caracterizadas quanto à consistência (dieta geral, branda, pastosa, semi-líquida e líquida) e quanto aos componentes nutricionais (dieta leve, sem resíduos, hipolípídica, laxativa, hipossódica, para diabetes, leve para diabetes, vegetariana e anti fermentativa).

A periodicidade de variação do cardápio das dietas variavam entre 3 a 4 semanas. Nos cardápios das dietas hospitalares, observou-se que as preparações recebiam nomenclatura francesa, como por exemplo, o prato principal da dieta geral era definido como “medalhão ao molho *marchand de Vin*” (molho espesso preparado com cebola brunoise e vinho tinto) ou “posta de salmão grelhado com tomates cereja *confit*” (carne salgada e imersa em sua própria gordura que a cozinhou lentamente por ação natural). Evidenciou-se que os funcionários do setor que tinham acesso e trabalhavam com as planilhas conheciam e dominavam as nomenclaturas dos pratos. Existia uma parceria sólida entre a nutricionista geral e os chefes de cozinha, os quais desenvolviam os cardápios juntos, com respeito profissional, sem que houvesse interferência negativa em suas funções.

Os métodos e técnicas exigiam dos funcionários, desde saber cortar um legume, usar corretamente a faca e o vocabulário culinário, até as formas de cocção das carnes, a finalização e a apresentação do prato.

Também as bases da cozinha clássica como molhos bases, fundos e bases aromáticas eram fundamentais para o trabalho na cozinha hospitalar.

As refeições oferecidas aos pacientes eram preparadas mediante a supervisão permanente de nutricionistas. Essas orientavam e experimentavam as porções, autorizando a montagem dos pratos. As preparações prontas eram dispostas em dois balcões térmicos ainda na área de produção, separando a refeição com sal daquela sem sal. Na sequência, as preparações eram porcionadas em pratos individuais que chegariam até o paciente. O chefe elaborava o “prato piloto” que padronizava a apresentação das refeições definindo a disposição e quantidade de todos os elementos no prato. Com base na apresentação do “prato piloto”, as copeiras realizavam a montagem dos pratos sob supervisão. Eram servidas no período do almoço cinco preparações porcionadas separadamente em louças de porcelana (prato principal, salada, molho aromático, sobremesa e suco natural). As louças eram revestidas por filme plástico (exceto o prato principal) e recebiam uma etiqueta computadorizada identificando o apartamento, o nome do paciente e o tipo de dieta. No prato principal era utilizado um *cloché* de plástico metalizado na cor cinza. Os talheres de inox eram embalados em plástico com o auxílio de uma máquina seladora. Para o deslocamento era utilizado um carro térmico que possuía compartimento frio e quente para a manutenção adequada da temperatura.

Durante o processo de porcionamento, as preparações passavam por uma segunda checagem de temperatura. A primeira era realizada durante o processo de cocção das dietas. Depois a copeira e sua supervisora na sala de apoio presente em cada ala de internação, realizariam o aquecimento do prato, se

necessário, em forno micro-ondas, e fazia novamente a checagem da temperatura. Essas temperaturas eram registradas em planilhas.

Na fase de porcionamento era realizada a coleta de amostras de cada preparação servida (sólidas e líquidas) que ficariam por 72 horas disponíveis (sob refrigeração) em caso de suspeita de surto alimentar. Rotineiramente, as amostras eram enviadas para o laboratório da rede para conferência do padrão microbiológico da preparação.

Além da preocupação com os aspectos sensoriais das refeições ofertadas aos pacientes, existia uma grande conscientização sobre a recuperação da saúde do paciente. Toda a equipe era capacitada e encontrava-se envolvida no processo. Segundo o chefe Steve Moreillon “se o cliente está aqui no hospital, tudo isto indica que ele não está bem. Então, cabe a nós fazer de tudo para que sua recuperação seja possível e promover a estabilização”.

Com consciência sobre a segurança alimentar e nutricional dos pacientes, alguns profissionais desenvolviam relações afetivas com esse público devido o contato constante com os mesmos, em específico, as coqueiras e os agentes da hotelaria. Este fato foi observado durante a montagem de um prato para um determinado paciente. Uma das coqueiras ressaltou: “hoje o senhor do quinto andar vai reclamar um monte porque ele gosta de comida de verdade e estão mandando para ele sopa”. Segundo Castelli (2010, p.4), essa relação afetiva é possível porque a refeição é compreendida como: “receber, abrigar, alimentar e cuidar do visitante”. Estas ações impulsionam o princípio da prática da hospitalidade, uma boa acolhida, a simpatia e a capacidade dos colaboradores em ouvir e satisfazer aos clientes de forma eficiente e eficaz.

Outra categoria profissional que promoviam a humanização dos serviços no ambiente hospitalar dessa instituição em estudo eram as nutricionistas que trabalhavam nas alas de internação. Essas realizavam a anamnese alimentar e visitas diárias aos pacientes, ofertando o cardápio do dia e tomando os pedidos no mapa de dieta. O cardápio diário, dependendo do tipo de dieta hospitalar prescrita, possuía três opções para o paciente fazer a escolha da sua refeição. Acrescenta-se que os pacientes aniversariantes recebiam no dia uma refeição comemorativa adequada a sua dieta.

As anotações da visita diária realizada aos pacientes pela nutricionista eram transcritas para o sistema da rede (*software*), constando data, horário e assinatura da responsável e iriam compor o mapa de dieta. Este dispunha de várias informações como identificação pessoal do paciente (nome, idade, convênio); localização por andar e leito do mesmo; observações nutricionais, tipo de dieta, bloqueios, preferências e o diagnóstico.

Também existia o serviço de *room service* disponível 24 horas. O serviço era utilizado pelo paciente (se o pedido estiver em conformidade com a dieta prescrita), pelo acompanhante e pela equipe médica. O serviço era empratado com uso do *clochê* e realizado pelas coqueiras. Seguiam a mesma linha quanto às louças e talheres descritos anteriormente. A solicitação era realizada por telefone disponível no quarto e conectado com a área de apoio, localizada na cozinha das dietas. O pedido era inserido no sistema do hospital, o qual era integrado com os outros departamentos.

Para os funcionários do hospital (exceto equipe médica), o serviço de alimentação disponibilizava quatro refeições diárias (café da manhã, almoço, jantar e lanche). O almoço e o jantar eram compostos por dois tipos de sobremesas, três tipos de saladas, farofa, arroz, feijão e dois tipos de carne (a escolha de um tipo por funcionário). As bebidas como água, suco e café eram liberadas. Estes funcionários realizavam as refeições no refeitório e o serviço oferecido era no sistema de bufê livre, sendo esse um benefício aos colaboradores. As louças eram de porcelanas e os talheres de metais. Para a sobremesa era utilizada colher de plástico. As bandejas possuíam uma folha de papel servindo de jogo americano.

A equipe médica e os acompanhantes tinham disponível um restaurante interno no hospital, com cardápio assinado por um chefe francês que possuía no currículo uma estrela no Guia Michelin. A instituição possuía uma proposta diferenciada e prezava pelo atendimento de excelência, oferecendo serviços exclusivos e personalizados para médicos e clientes. Segundo a nutricionista gerente geral da UAN, médicos renomados, se referindo a um dos melhores neurocirurgiões do país, possuíam sala exclusiva com serviço de alimentação personalizado. Para a entrevistada, “os médicos são quem trazem

os clientes, por isto eles precisam ser bem assistidos”. À vista disto, Beber (2003) ressaltava que o foco da instituição deveria ser sobre paciente e seus familiares e visitantes e aos médicos e colaboradores do hospital em geral, pois a qualidade no atendimento ao paciente depende de todo o quadro hospitalar que engloba a infraestrutura física e os recursos humanos.

O restaurante apresentava *design* contemporâneo, comportava em média 150 pessoas sentadas, oferecendo serviço *à la carte* e *bufê* com pratos da cozinha nacional e internacional. Um exemplo do cardápio ofertado na segunda feira era: Mix de folhas I (Alface Crespa, chicória e Americana); Cesar c/Frango; Cenoura Juliana c/beterraba; Antispasto de Abobrinha, Enroladinho de crepe de presunto e queijo prato; Terrine de Legumes (cenoura); Vinagrete c/ervas; Vinagrete de Dijon (ervilhas/gergelim/queijo ralado/ovo de codorna/alcaparras); Creme Dubarry (couve flor); Consomé c/croûton; Medalhão filé ao Molho Alecrim; Posta de salmão grelhado c/tomates cerejas confit; Filé frango ao molho curry; Farofa c /bacon, ovo e cebola; Arroz integral; Arroz c/brócolis; Batata cozida; Vagem c/champignon; Nhoque pesto; Mousse de maracujá; Cheese cake de framboesa; Torta brigadeiro; Tarte de maçã c/baunilha; Melão e abacaxi.

O local também possuía *lobby bar*. As poltronas eram acolchoadas e os serviços de *maitrê* e garçom estavam presentes no ambiente. As mesas estavam dispostas em vários estilos, tanto quadradas como redondas. As louças eram de porcelana branca e os talheres de aço inox. Os copos que compunham a mesa eram estilo *highball*. Para o serviço no sistema de *bufê*, as preparações eram dispostas em uma bancada refrigerada e os pratos quentes em *rechaud* de inox. Para o sistema *à la carte*, as preparações eram servidas empratadas com uso de *cloché* de inox. Além do restaurante, existiam ainda salas de apoio (estilo copa) que permitiam aos médicos realizarem um lanche rápido, inclusive nas áreas de terapia intensiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que a perspectiva de uma instituição hospitalar ao introduzir os conceitos da hotelaria e da gastronomia no seu ambiente, transformando o paciente em cliente de saúde, é de adaptar-se as novas demandas do mercado, buscando excelência nos serviços, possibilitando a maximização dos lucros nos hospitais.

Este gerenciamento reflete nas medidas de humanização voltadas ao bem estar do cliente de saúde, tornando um diferencial nos serviços ofertados, além de evidenciar relevante cooperação no processo de recuperação do indivíduo hospitalizado.

Para a implementação da gastronomia hospitalar faz-se necessário uma estrutura física que atenda às necessidades dos profissionais, tanto os de cozinha, responsáveis pela elaboração da alimentação com alto valor gastronômico, quanto os da nutrição, dedicados a segurança alimentar em todas as etapas de produção e a qualidade nutricional das refeições. A área física das cozinhas, dos pontos de refeição e das áreas de apoio precisam estar adequadas à complexidade do cardápio hospitalar executado. Os equipamentos que compõem a cozinha industrial devem acompanhar os recursos tecnológicos existentes no mercado, a fim de que as características desejadas para as refeições elaboradas, o tempo dispensado no preparo e a operacionalização de custos sejam alcançados.

É essencial a presença de profissionais habilitados para desenvolver as técnicas gastronômicas; garantir a inovação do cardápio; além de manter o comprometimento e a conscientização da brigada de cozinha e dos demais funcionários quanto à missão de produzir uma assistência personalizada.

É importante oferecer serviços de alimentação variados, tais como *à la carte*, empratado, *bufê* e *room service* 24 horas; distribuídos em diferentes pontos de refeição, como no próprio leito, no refeitório, no restaurante e no *lobby bar*; e a presença de profissionais capacitados, como copeiras, garçons, *barman* e *maitrê*, a fim de desenvolver o serviço com funcionalidade estética e hospitalidade.

Concluiu-se que a gastronomia, em sua essência, se insere no contexto hospitalar trazendo uma proposta de adaptação, introduzindo processos e serviços, com a finalidade de proporcionar prazer, despertar sensações, fidelização e melhor rentabilidade.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. Gestão de custos em organizações hospitalares. **Revista Higiene Alimentar**, v.18, n.126/127, p.29-35, nov./dez. 2004.
- ANSALONI, J. A. Situação de trabalho dos nutricionistas em empresas de refeições Coletivas de Minas Gerais: trabalho técnico, supervisão ou gerência? **Revista de Nutrição**, v.12, n.3, p.241-260, set./dez. 1999.
- BEBER, A. O. Hotelaria hospitalar. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza v.I, n.37, jul. 2013.
- BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2008.
- BOEGER, M. A. **Hotelaria hospitalar como modelo de gestão nas instituições de saúde particulares de grande porte no município de São Paulo**. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade)-Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2007.
- BOEGER, M.; WAKSMAN, R. D.; FARAH, O. G. F. **Manuais de especialização: hotelaria hospitalar**. Barueri: Manuele, 2011.
- BONOMA, T. V. Case research in marketing: opportunities, problems, and process. **Journal of Marketing Research**, v.22, n.2, p.199-208, 1985.
- BRILLAT-SAVARIN, J. A. **A filosofia do gosto**. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CÂNDIDO, Í. **Gestão de hotéis: técnicas, operações e serviços**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- CARVALHO, G. Qual a relevância da nutrição em oncologia? **Acta Médica Portuguesa**, v.24, n.1, p.1041-1050, jan./fev. 2011.
- CASTELLI, G. **Administração hoteleira**. 9.ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.
- CASTELLI, G. **Hospitalidade: na perspectiva da gastronomia e da hotelaria**. Saraiva, 2006.
- CASTRO, M. D. G. **A Cozinha Portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2003.
- COOPER, D.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7.ed. Porto alegre: Bookman, 2006.
- COZIL Equipamentos Industriais. **Cozinhas profissionais**. Disponível em: <http://www.cozil.com.br/produto.asp?inId=204>> Acesso em 09 nov 2016.
- CHEF **profissional**. Tradução Renata Lucia Bottini. 3. ed. São Paulo: Senac editoras, 2009.
- FRANCO, A. **De caçador a gourmet: uma história da gastronomia**. São Paulo: SenacSP, 2010.
- FREIXA, D.; CHAVES, G. **Gastronomia no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2013.

GAMBARDELLA, A. M. D., FERREIRA, C. F.; FRUTUOSO, M. F. P. Situação profissional de egressos de um curso de nutrição. **Revista Nutrição da PUCCAMP**, v.13, n.1, p.37-40, 2000.

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

GODOI A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.3, p.20-29, 1995.

GONÇALO V. Wikipédia. **Histórico de edições do “Guia Michelin”**, 2016. Disponível em:<https://pt.wikipedia.org/wiki/Guia_Michelin> Acesso em 09 nov. 2016.

GRUPO MICHELIN; **Fist Michelin Guide**. Disponível em: <<http://www.michelin.com/eng/innovation/fields-of-innovation/mobility-solutions/1900-First-Michelin-Guide2>>. Acesso em 15 de nov. 2016.

GUIMARÃES, N. V. **Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

JORGE, A. L. Gastronomia hospitalar. **Caderno 3 Notícias**, São Paulo, n.73, p. 15, 2003.

JORGE, A. L.; MACULEVICIUS, J. Cozinha experimental na área hospitalar: novas propostas de atuação. **O mundo da saúde**. v.19, n.9, p.299-302, 1995.

JORGE. A. L.; MACULEVICIUS, J. Gastronomia hospitalar: como utilizá-la na melhoria do atendimento da unidade de nutrição e dietética. In: GUIMARÃES, N. V. R. R. **Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FLANDRIN, J. L. **Hotelaria e hospitalidade**. Brasília: Coleção Caminhos do Futuro, 2007.

MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

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

POULAIN J.P.; SAINT-SEVIN, B. **La restauration hospitalière: des attentés alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration**. Paris: Editions Cristal, 1990.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e pesquisa em administração: guia de estágios, trabalho de conclusão, dissertações e estudos de caso**. São Paulo: Atlas, 2012.

SOUSA A. A.; PROENÇA R.P.C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento em Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares. **Revista de Nutrição**, v.17, n.4, p.425-436, 2004.

SOUSA, A. A.; CARNEIRO, J. M.; BARBOSA, M. F. P.; SOUZA, T. T. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. **Revista Nutrição Pauta**, n.79, p. 48-54, 2006.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TRIGO, L. G. G. **Análises regionais e globais do turismo brasileiro**. São Paulo: Rocca, 2005.

TULL, D. S.; HAWKINS, D. I. **Marketing research, meaning, measurement and method**. Virginia: Macmillan, 1976.

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