

**SYSTEMIC APPROACH TO HOSPITALITY IN BLUE AREA GENERAL HOSPITAL PATIENT  
ALAGOAS STATE - HGE**

**ABORDAGEM SISTÊMICA NA HOSPITALIDADE AO PACIENTE DA ÁREA AZUL DO HOSPITAL  
GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS – HGE**

**Magda Mendonça dos SANTOS**

**Adenize Costa ACIOLI**

**Antonio Carlos Silva COSTA**

**Claudio ZANCAN**

**Uilliane Faustino de Lima GONÇALVES**

**Waldemar Antonio da Rocha de SOUZA**

**RESUMO**

*Este artigo é resultado de um estudo que teve como objetivo compreender de que maneira se realiza a hospitalidade destinada à internação de pacientes provenientes de atendimento ambulatorial para administração de medicamentos nas observações e enfermarias, que compreendem a ala azul do Hospital Geral do Estado – HGE. O processo metodológico baseou-se em uma pesquisa bibliográfica e mediante o método descritivo no gerenciamento dos processos e protocolos de atendimento. A pesquisa utilizou-se de questionário contendo perguntas abertas e fechadas, durante a pesquisa foram realizadas quatro reuniões com grupo multidisciplinares de profissionais da instituição, terceirizados, acompanhantes e usuários que atuam direta e indiretamente na assistência ao paciente nesta área. A análise decorreu de uma abordagem sistêmica ao atendimento identificando as potencialidade e fragilidades na Hospitalidade na assistência ao paciente da referida área.*

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Hospitalidade. Humanização. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT**

*This article is the result of a study that aimed to understand how it performs hospitality destined to inpatient from outpatient care for drug administration in the remarks and wards that comprise the blue wing of the General State Hospital - HGE. The methodological process was based on a literature survey and by the descriptive method in managing processes and service protocols. The research used a questionnaire with open and closed questions during the survey was conducted four meetings with multidisciplinary group of professionals at the institution, contractors, caregivers and users who directly and indirectly in patient care in this area. A systemic approach to care and identifying potential weaknesses in Hospitality patient care in that area.*

**Keywords:** Public Health. Hospitality. Humanization. Single Health System

**1. INTRODUÇÃO**

A decisão por trabalhar com o tema Abordagem Sistêmica na Hospitalidade ao Atendimento aos Pacientes da Área Azul do Hospital Geral do Estado de Alagoas resultou de uma experiência laboral vivenciada durante suas atividades no citado hospital, ao observar o fluxo intenso de pacientes classificados como “Azul” sem espaço nas enfermarias a ponto de utilizar corredores como espaços de acomodação, gerando uma superlotação neste setor.

A investigação teve sua fase inicial na realização de pesquisa bibliográfica para a composição do referencial teórico, bem como a escolha dos casos, dos instrumentos e documentação coletados durante pesquisa. A questão central para a presente pesquisa foi: Como esta sendo realizada a humanização e hospitalidade dos ambientes da área azul?

Os pressupostos de reflexão levantados para este estudo foram: 1- A humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e ambiência; 2. Os servidores da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina dos serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários.

Para tanto, foi analisada a hospitalidade dos serviços de saúde aos pacientes e sua influência na humanização daquele ambiente. Na análise das ações do setor, observou-se a contribuição da hospitalidade e humanização para a melhoria da assistência e recuperação da saúde dos usuários. A presente investigação, resultado preliminar de reflexões sobre o segmento da hotelaria hospitalar, buscou respaldo teórico em hospitalidade, humanização e a relação entre tais conceitos.

Os fatores ligados à humanização geram, influenciam e transformam uma visão de gestão no atendimento hospitalar, ao quebrar paradigmas e dogmas na relação médicos e pacientes. Cabe ressaltar que o paciente se posiciona como um agente participativo no seu processo de cura e o serviço de saúde passa a ter a preocupação em promover a saúde e o bem-estar dos usuários. O referencial teórico com temas associados à pesquisa: humanização, hospitalidade, hotelaria hospitalar e saúde pública, com autores como Deslandes (2004), Mezzomo (2010), Boeger (2009), Betts (2003), Baraúna (2005), dentre outros. Na medida em que se analisou o termo *Abordagem Sistêmica* como elemento Estratégico de gestão de negócios, utilizaram-se autores como Ludwig Von Bertalanffy, Katz e Kahn, além de manuais e impressos disponibilizados pelo governo no site da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2001).

## 2. TRABALHANDO CONCEITOS

### 2. 1. Hospitalidade

Lashley e Morrison (2004, p. 5), informam que “a hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade”. Para os autores, em uma definição mais ampla, a hospitalidade pode ser manifestada nos domínios “social”, “privado” e “comercial”.

O domínio social da hospitalidade considera os cenários sociais em que a hospitalidade e os atos ligados a condição de hospitalidade, ocorrem junto com os impactos de forças sociais sobre a produção e o consumo de alimentos, bebidas e acomodações.

O domínio privado considera o âmbito das questões associadas da “trindade” no lar, assim como leva em consideração o impacto do relacionamento entre anfitrião e hóspede.

O domínio comercial diz respeito à oferta de hospitalidade enquanto atividade econômica e inclui as atividades dos setores, tanto privado quanto público. Camargo (2004) informa que existe a tendência de se criarem dois eixos de tempo/espaço para delimitar o campo de estudo entre eixo cultural e eixo social.

O eixo cultural compreende as ações que abrangem a noção de hospitalidade em recepcionar ou receber pessoas, hospedar, alimentar e entreter. O eixo social, por sua vez, diz respeito aos modelos de interação social e circunstâncias físicas ambientais envolvidas.

Nesse sentido pode-se afirmar que a hospitalidade pode ser definida como um ato humano, exercido nos três espaços: doméstico, público ou profissional, nos atos de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter pessoas temporariamente deslocadas de seu *habitat*.

Nos hospitais, o setor de hospitalidade integra a equipe de hotelaria hospitalar que tem como objetivo diferenciar os serviços prestados, atendendo bem e proporcionando ao cliente satisfação durante o período de internação. A hospitalidade oferecida pelo hospital tem em sua missão “um conjunto de valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”.

Em tempos diferentes, menciona a mesma coisa, ao se falar de hospitalidade em uma instituição hospitalar (CAMARGO, 2004, p. 44), “os termos mais utilizados seriam: paciente, que é o cliente externo e colaborador ao qual se pretende que seja acolhido e recebido em seu local de trabalho e a estrutura física, tal como cliente”.

Frozé (2010) observou que ao se implantar a hotelaria hospitalar, verifica-se uma preocupação com o atendimento, o que gera valor aos serviços prestados. “A implantação da hotelaria hospitalar tem sido a atração de uma demanda qualificada, a procura de serviços complementares ao tratamento médico”.

Boeger (2003, p. 24), por sua vez, define a 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”.

Neste sentido é possível afirmar que a hospitalidade começa a ser vista como uma aliada da equipe assistencial, na qual o funcionário realiza um atendimento informal e procura estimular no paciente o resgate da sua individualidade a partir do momento que este apresenta os serviços disponíveis, como por exemplo, ao se oferecer uma revista, livros, romances e até mesmo filmes. Entende-se, portanto a importância da hospitalidade em uma instituição e nas relações, pois a hospitalidade transcende o ato de hospedar, alimentar e entreter pessoas. É uma relação de troca entre pessoas e instituições que deve trazer benefícios para todos os envolvidos.

## 2.2 – Humanização

Pelo contexto semântico, o denotativo da humanização significa “ato ou efeito de humanizar” e humanizar significa: tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar a condição de homem, humanizar-se, civilizar. Então, qual a “condição de homem” que se define? Aquele que se caracteriza pela disposição bondosa de promover a felicidade e prosperidade dos outros ou por generosidade e prazer em praticar boas ações? Pelo fato de ser um indivíduo em evolução, querer sair do egocentrismo e pertencer a algum grupo social faz dele um ser humano humanizado?

Segundo Betts (2003), “[...] sem comunicação não há humanização”, baseia-se na capacidade da troca de informação por comunicação (verbal ou não verbal) entre indivíduos. Esse compromisso, teoricamente firmado, com a pessoa que está sofrendo, passa por estágios de motivação individual ou de ambas as partes. Essa motivação pode resultar do sentimento de compaixão piedosa por quem sofre ou da ideia de que assim contribuimos para o bem comum e para o bem-estar em geral; pelo estímulo nato da objetividade da investigação científica que exclui a subjetividade a exemplo da medicina baseada em evidências e, por fim, a solidariedade genuína.

Baraúna (2005), afirma que “a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos”. Nesse contexto, humanizar é ter uma predisposição para contribuir com o sentimento e o conhecimento com o outro de forma ética, individualmente e independente, reconhecendo os limites, seus e o dele, compondo uma empatia entre indivíduos, possibilitando troca de informações.

Corroborando Baremblyt ao citar “A todos seja dado acesso ao que precisam segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar sua capacidade”. Entende-se que cada indivíduo possui necessidades básicas de subsistência que devem ser supridas e diferenças que caracterizam uns e outros; essas diferenças se tornam peculiaridades que os individualiza, possibilitando canalizar as orientações para desenvolver as capacidades e colocá-las em prática, especialmente no cuidado com a saúde.

Diante das abordagens citadas, pode-se afirmar que humanização pode ser compreendida como uma construção de conhecimentos e abordagens que emerge do indivíduo para indivíduos, conforme as necessidades individuais do outro. Nesta perspectiva a humanização é analisar a própria evolução humana, enfatizar a ética e o relacionamento interpessoal. Não se descartou o tema, apenas possibilitou mais espaços para avanços de outras áreas e/ou assuntos de interesses para o desenvolvimento técnico científico, protelando as questões de relacionamentos humanos. De modo a possibilitar a intersecção entre a ética, o respeito, dignidade, individualismo entre indivíduos promove a humanização.

Portanto, vale ressaltar que mesmo a sociedade valorizando o poder capitalista para sua sobrevivência, seja em qualquer campo dos negócios públicos ou privados, a questão sempre voltará para a qualidade da coletividade, tendo o ser humano como foco principal e riqueza de uma sociedade. Assim sendo, as ideias centrais de humanização no atendimento na saúde é compreendida a necessidade de ofertar atendimento de qualidade e melhoria nas condições de trabalho do profissional.

## 2.3. Humanização: Política Pública

Em 2000 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização a Assistência Hospitalar (PNHAH), que consiste em uma política pública que busca “promover uma nova cultura de atendimento à saúde” (MS, 2000). O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) constitui numa política bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

Deslandes (2004, p. 3), informa ainda que o objetivo da PNHAH seria “aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face a face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócias comunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições”. A partir de 2003, o Ministério da saúde (MS) transforma o PNHAH em política com o nome de Política Nacional de Humanização (PNH).

No campo da humanização da atenção à saúde, o principal avanço verificado foi a adesão dos Estados e municípios às ações propostas pelo Ministério da Saúde. “Esta adesão resultou em melhorias na humanização da atenção para aproximadamente 80% da população que utiliza os serviços públicos de saúde.”

Para aprimorar a qualidade da assistência e formular estratégias para promover as mudanças de forma planejada foi lançada em 2010 a Política Estadual de Saúde no Estado de Alagoas, que visa expandir as diretrizes da humanização em todos os níveis de assistência, defendendo os seguintes princípios: humanização é um princípio ético e político orientador da atenção e da gestão em saúde baseia-se em diálogo, participação responsável.

A humanização com a transversalidade promove integração entre equipes e abre um canal de comunicação com os usuários, no qual o simples ato de ouvir, compreender as necessidades do cliente interno e externo do hospital reduz custos e burocracias, aumenta a eficácia e a receptividade ao reatamento, essa qualidade de atenção diminui filas e amplia a eficiência da equipe.

A humanização é o empoderamento dos usuários, no que diz respeito às tomadas de decisões e no diálogo compartilhado. Campos (2005) afirmam que, a humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes em meu percurso como pesquisador e sanitarista: o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde.

O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e em maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde.

É importante ressaltar que sempre que nos referimos a humanização, estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia. Campos (2005, p. 398), informa que “no SUS a humanização depende”, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas, envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. Busca fortalecer os processos de comunicação e potencializar as capacidades técnicas científicas por meio da criação de vínculos de cooperação nas instituições de saúde, considerando aspectos singulares das subjetividades dos usuários e favorecendo uma participação ativa e crítica dos profissionais de saúde.

Seguindo as exigências do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, A Secretaria de Saúde de Alagoas –SESAU - criou no HGE o Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) 2010, que trabalha em prol de ações que contribuam para um melhor atendimento à saúde, desenvolvendo e avaliando projetos de humanização no hospital.

Partindo desse pressuposto, é importante efetivar a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) para que a relação profissional da saúde e usuário seja de amenizar o sofrimento e desconforto do ser humano que necessita de assistência.

#### **2.4. O Sistema Único de Saúde - SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde brasileira, considerado um dos maiores sistemas pública de saúde do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

Com o advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o Art.195 da Constituição Federal. Fazem parte do Sistema Único de Saúde, os centros e postos de saúde, os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS, com a universalização do atendimento; depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, com o Decreto nº 99.060 e por fim a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que fundou e operacionalizou o SUS.

Em seguida foi lançada a lei nº 8.142, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

Os princípios norteadores do SUS são: universalidade no acesso aos serviços disponíveis; igualdade no tratamento entre as pessoas; equidade na distribuição dos serviços e dos recursos financeiros. Apesar de o SUS estar previsto para ser um sistema universal, apenas 75% da população dependem dele e conseguem ser atendidos por ele, pois os outros 25% são cobertos pela rede assistencial privada. Estão incluídas no campo de atuação do SUS, além da assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, entre outras, as ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica.

O SUS adota como modelo a divisão da assistência em três níveis de atenção, organizada de acordo com a complexidade da ação ou do serviço oferecido: Atenção básica: constitui o primeiro nível de atenção à saúde, é o primeiro contato do usuário com o SUS. Por intermédio das Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família, estão disponíveis consultas com as especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia) e são oferecidas diferentes ações que envolvem a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento das doenças mais frequentes. Média complexidade: compõe-se de ações e serviços cuja prática demanda disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Podem ser citadas como serviços de média complexidade: exames de ultrassom e raios-X, fisioterapia, terapias especializadas, cirurgias ambulatoriais, etc. Alta complexidade: conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, podendo ser citados, dentre outros: assistência ao paciente com câncer, cirurgia cardiovascular, transplantes, procedimentos de neurocirurgia, alguns exames mais complexos, procedimentos de diálise e cirurgia bariátrica (tratamento cirúrgico da obesidade).

A lotação dos prontos-socorros e a série de gargalos têm origem no modo como o sistema público funciona. Por conceito, o atendimento deveria ser três níveis. O primário é voltado para situações simples, como febre, e estaria a cargo de postos. O secundário, para casos mais sérios, sob responsabilidade de hospitais de médio porte. Por último, doenças e quadros de alta complexidade, como derrames ou vítimas de acidentes graves. Todavia, muito vem sendo feito para o maior projeto de inclusão social.

Vale lembrar que o SUS não é uma entidade, é um processo em construção que ora progride, ora regride: embora tenha sua vida própria, vivencia as vicissitudes por que passam a concepção e a instituição de todas as políticas públicas brasileiras. Avanços vêm sendo vividos infelizmente, o modo de produzir serviços e práticas de saúde ainda permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia e pouca atenção é dada à prevenção das enfermidades e à promoção da saúde.

## 2.5. Abordagem Sistêmica

A abordagem de sistemas permite uma visão mais ampla e integrada da organização. Um dos pressupostos básicos da teoria de sistemas é que as organizações são sistemas abertos que interagem com o ambiente. A organização é vista como um conjunto de comportamentos inter-relacionados Katz e Kahn destacou a tendência das organizações se desorganizarem até a morte, também chamado de processo entrópico, e a necessidade destas se reabastecerem de energia para manter sua estrutura. Para evitar o processo entrópico, as organizações buscam manter certa constância de importação e exportação de energia, ao que se chama de homeostase dinâmicas ou equilíbrio constante. Os autores também afirmam que uma organização pode alcançar um mesmo objetivo por vários caminhos diferentes, o que difere a abordagem de sistemas das abordagens mais racionalista.

O biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy, no século passado, elaborou uma teoria interdisciplinar capaz de transcender aos problemas exclusivos de cada ciência e proporcionar princípios gerais e modelos gerais para todas as ciências envolvidas, de modo que as descobertas efetuadas em cada ciência pudessem ser utilizadas pelas demais. Essa teoria interdisciplinar - denominada Teoria Geral dos Sistemas - demonstra a união das várias ciências, permitindo maior aproximação entre as suas fronteiras e o preenchimento dos espaços vazios entre elas. Essa teoria é essencialmente totalizante: os sistemas não podem ser plenamente compreendidos apenas pela análise separada e exclusiva de cada uma de suas partes. Assim, os diversos ramos do conhecimento - até então estranhos uns aos outros pela intensa especialização - passam a tratar seus objetivos de estudos como sistemas.

A Teoria Geral dos Sistemas é interdisciplinar, isto é, pode ser utilizada para fenômenos investigados nos diversos ramos tradicionais da pesquisa científica. Ela não se limita aos sistemas materiais, mas aplica-se a todo e qualquer sistema constituído por componentes em interação. Além disso, a Teoria Geral dos Sistemas pode ser desenvolvida em várias linguagens matemáticas e linguagem escrita.

A aplicação do pensamento sistêmico tem uma particular importância para as ciências sociais. A teoria de sistemas possibilitou, por exemplo, a unificação de diversas áreas do conhecimento, pois “sistema é um conjunto de elementos em interação e intercâmbio com o meio ambiente” Ludwig (1954). Assim, a abordagem sistêmica oferece importantes contribuições para área da saúde possibilitando a integralidade das ações buscando um resultado comum entre todos os envolvidos, que impliquem em hospitalidade e humanização, independentemente dos saberes.

### 3. BREVE DESCRIÇÃO DO HOSPITAL EM ESTUDO

O Hospital Geral foi inaugurado em 16 de setembro de 2008, na gestão do então Governador Teotônio Vilela Filho. O complexo surgiu da junção entre o Hospital Escola Dr. Jose Carneiro (HEJC) e a Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (UE). O citado complexo hospitalar foi concluído através de convênio entre o Ministério da Saúde (MS) e o Governo do Estado com o Programa QualiSUS que, dentre outras coisas, tem como objetivo oferecer um atendimento humanizado aos pacientes, principalmente de urgência e emergência, diminuindo a fila de espera por atendimento.

Com uma arquitetura atendendo o *layout* do QualiSUS, o Hospital Geral do Estado tem como objetivo: Minimizar a superlotação que ocorria diariamente no HGE.

No passado, a Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (UE), inaugurada em 1979, tinha apenas 180 funcionários e. Antes da inauguração do HGE, a UE atendia cerca de 350 pessoas ao dia, uma média de 11 mil pacientes por mês.

Reconhecida pelo Ministério da Saúde como Hospital referencia para o atendimento de queimados, alta complexidade, em UTI e em Neurologia, a UE além de sua missão de atender traumas, recebe caso clínicos oriundos das diversas localidades do Estado.

A implantação do acolhimento e a classificação de risco, que prioriza o atendimento por gravidade de caso e não por ordem de chegada, isso significa que os pacientes que procuram o atendimento no hospital terão primeiramente a definição da gravidade do seu caso, a classificação de risco baseada em protocolo representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente determinando o tempo para o primeiro atendimento médico. Essa prioridade é baseada na situação clínica e não por ordem de chegada. As pulseiras são colocadas no pulso do paciente em Emergência - cor vermelha - atendimento imediato 0 minuto; Muito Urgente cor laranja - atendimento em até 10 minutos; Urgência- cor amarela- atendimento em até 60 minutos; Pouco Urgente- cor verde - Pode aguardar atendimento; Não urgente – cor azul – pode aguardar atendimento.

A referida área azul é composta pelos setores de classificação de risco, sutura, medicação masculina, medicação feminina, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, 16 leitos na observação masculina, 10 leitos observação feminina, 20 leitos na Ala “B”, 20 leitos na ALA “G”, repousos de funcionários, farmácias Satélites, serviço social, informação, registro (recepção) e os Ambulatórios pediátrico e adulto. Funcionando 24 horas com escala de plantão da assistência de enfermagem organizada por turmas I a VI com equipe por turno com: 03 médicos clínicos, 03 ortopedistas, 01 otorrinolaringologista, 01 Oftalmologista, 01 Cirurgião bucomaxilo, 1 assistente social, 1 psicólogo, 01 fisioterapeuta, 10 assistentes administrativos, 8 vigilantes, e 6 funcionário da limpeza, e ainda de médicos das diversas especialidades que passam e visitam os pacientes quando solicitado pela clínica médica para avaliação ou acompanhamento, os especialistas comumente encontrados durante a pesquisa foram cirurgião vascular, cardiologista, cirurgião plástico, nefrologista, urologista, neurologista, ortopedista e cirurgião geral. E ainda, os médicos “sobre aviso” que são acionados para as intercorrências de oftalmologista e otorrinolaringologista. Essas equipes multidisciplinares atendem a população de Alagoas e dos estados vizinhos.

Na análise dos relatórios de atendimento diário disponibilizados pelo setor de Núcleo de Processamento de Dados – NPD. Foi identificado que cerca de 24mil pacientes/mês são atendidos. Dos quais 70% são atendimentos destinados desses atendimentos destinados à área azul, provocando uma superlotação neste setor. Pacientes ao chegarem para atendimento, geralmente acompanhados, são colocados em macas ou cadeiras, com ajuda de um padoleiro ainda na parte externa do hospital. Em seguida, são transportados para o setor de classificação de risco onde inicia o fluxo do paciente para área azul, onde ocorre a triagem. Recebem uma pulseira na cor Azul ou/e Amarela e um formulário padrão com notificações dos sinais vitais. Na sequência, são direcionados para realização do Boletim de Emergência (BE), chamado de “ficha”, onde são informados os dados do paciente, procedência e o tipo de atendimento. O atendimento ocorre em um recepção climatizada, com ambientação nos padrões do QualiSUS, com 8 longarinas de 4 lugares, um balcão com três terminais de

computados onde dois funcionários administrativos, realizam o atendimento, à esquerda vidraças com vista para parte externa, onde visualizamos o estacionamento das ambulâncias, aglomerado de pessoas e parte do estádio Rei Pele. À direita, duas salas destinadas ao atendimento médico identificadas como ambulatório 01 e 02.

Os pacientes realizam filas para serem atendidos, formando um caminho de macas e cadeiras. Após a consulta é medicado, liberado ou colocado em observação. Esse período de observação compreende o procedimento padrão de 8h a 12h. Após esse tempo o paciente é internado para investigação ou acompanhamento, onde são realizados exames laboratoriais. Para facilitar a realização dos exames laboratoriais foi instalada uma unidade satélite do Centro de Patologia e Medicina Laboratorial (CPML), que pertence ao laboratório da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal). Com a sua instalação, os diagnósticos são liberados com mais agilidade. Diariamente, são coletados 1500 exames e os resultados entregues em duas horas, contadas a partir do momento da coleta. Além dos exames laboratoriais, existe um estrutura para exames de média e alta complexidade. Foram analisados apenas os casos direcionados a área azul.

A partir da reavaliação paciente sem condições de alta, é internado, com notificação em prontuário e confirmação no sistema por um profissional administrativo no setor de informação coordenado pela equipe do serviço social, o sistema, Central de Atendimento Sistema de Saúde - CASS, que foi desenvolvido na própria instituição pela equipe do NPD em substituição ao HOSPUB - Sistema Integrado de Informações de ambiente hospitalar, de domínio público desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS- DATASUS que foi descontinuado, porém, em uso no Brasil em alguns hospitais públicos. Na Sequencia do fluxo, os clientes são encaminhados à equipe de enfermagem que por sua vez admite o paciente no leito. Quando não existe leito vago, aguardam nos corredores.

Ainda existem os leitos de retaguarda das instituições privadas conveniadas, que são cercas de 200, e para melhorar o fluxo de saída dos pacientes foi criado em 2010 o Núcleo Interno de Regulação (NIR), a fim de proporcionar a integração dos serviços hospitalares e solucionar a superlotação nos corredores da área azul do HGE, objetivo, entre outros, criarem espaço institucional, onde se definisse, a partir de critérios clínicos, as prioridades de internação nos leitos hospitalares. Em linhas gerais, seriam as seguintes funções internas do NIR: Espaço institucional para apoiar o fluxo de saída do Serviço de Emergência Hospitalar; Regula os leitos das unidades de internação, com base no aumento da efetividade clínica; Regula as vagas das unidades de internação, com base no critério de admissão por risco (em caso de disputa por vaga); Implanta o Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente, nos casos de longa permanência, a partir do trabalho de equipes multidisciplinares; Traduz para a realidade da unidade protocolos clínico-operacionais de acordo com o perfil de morbidade do hospital da Medicina Baseada em Evidência, Enfermagem Baseada em Evidência, Saúde Pública Baseada em Evidência e outros; Monitora o Tempo Médio de Permanência (TMP) baseado na portaria GM 1101 de 12/06/2002. Pode-se utilizar o método KANBAN (originário da metodologia Qualidade Total), ou seja, a marcação através de cores, para identificar categorias do tempo de permanência nas unidades: ideais (azul), Aceitáveis (amarela) e com problemas a serem corrigidos (vermelho). A vantagem desse método é a possibilidade de visualização imediata e, portanto utilizá-lo para censo diário.

A organização do NIR seria na seguinte base: Equipe multiprofissional (médico; enfermeiro; assistente social; psicólogo; outros) com participação da Direção Hospitalar. Reuniões semanais com base no: Censo Hospitalar Diário (paciente; leito; unidade de cuidado; hipótese diagnóstica; identificação de problemas; permanência) e ATA de Resoluções; Plano de Trabalho Mensal baseado em metas de redução do Tempo Médio De Permanência / mês, inicialmente, por clínica e em seguida, por patologia.

Conforme publicação na terceira edição 2013 do informativo da Secretaria Estadual da Saúde – SESAU, entre os anos de 2010 e 2012 o Governo do Estado investiu cerca de R\$29milhoes para ampliação e manutenção desses leitos e Fortalecimento e Melhorias da Qualidade dos Hospitais do SUS/AL (PROHOSP) veio para consolidar e incrementar a atenção hospitalar em nosso estado. A proposta é de fortalecer a rede hospitalar, qualificar, ampliar a oferta de serviços SUS assim como garantir o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral, universal e equânime. O PROHOSP tem como proposta também realocar recursos existentes objetivando a otimização e racionalização destes recursos em prol do SUS. Na sequencia, surgindo vaga liberada, o paciente é transferido de imediato na ambulância do HGE, esse fluxo é constante, sobre a coordenação do citado setor. Conforme dados fornecido são transferidos em média 25 pacientes/dia. Ainda existem as vagas internas na área verde, localizada no primeiro andar do complexo hospitalar, compostas pelas alas C, D, E e F. Os pacientes que passam mal na área azul, também são removidos para a área amarela, mas essas remoções não são livres. É preciso que um médico solicite a coordenação da área a necessidade de remover um doente para lá. Entretanto, mesmo com a solicitação médica a coordenação de enfermagem verifica

a existência de leitos vagos. A área amarela e a vermelha são as áreas que ofertam para os doentes maiores recursos tecnológicos, haja vista, a concentração paciente em aguardo para vagas na - UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) do hospital.

A hotelaria hospitalar foi implantada no HGE em 2007, composta pelos setores de Processamento de Roupas, Transporte, Telefonia, Padioleiros, Segurança, Manutenção, Higienização e Limpeza. A lavanderia é terceirizada, e o controle sobre pesagem, é feito por kg de roupas suja. Este setor dispõem de uma camareira por turno na área azul, as mesmas realizam a distribuição de lençóis no posto de enfermagem, seguindo o cronograma próprio com entrega duas vezes a cada 12 horas, o serviço de nutrição e dietética (SND), não pertence a hotelaria hospitalar, tem coordenação própria em sua estrutura organizacional. Seus serviços são realizados por copeiras utilizando carrinhos para transporte dos alimentos entre as enfermarias e corredores, os alimentos são acondicionados em utensílios de matéria descartáveis, e a entrega segue um mapa de dieta de cada paciente, disponibilizado por um profissional nutricionista da área por turno. A segurança é realizada por empresa terceirizada, como também o serviço de higienização e limpeza. As altas são acompanhadas pelo serviço social e em alguns casos, a ambulância do HGE transporta esse doente até sua residência, embora exista um número alto de evasões, registramos em média 300 altas diárias (dados fornecidos pelo serviço de arquivo médico- SAME).

Observamos que existe um empenho dos gestores em minimizar o problema de superlotação. Porém, o Hospital Geral é uma unidade porta aberta, acaba suprimindo uma carência de atendimento na rede de saúde e deparamos todos os dias com pacientes nos corredores aguardando vaga.

## CONCLUSÃO

Ao término dessa investigação ficou evidenciada a carência de profissional para dimensionamento das equipes de assistência como técnico, enfermeiros e auxiliares. Com o número reduzido nas escalas os profissionais realizam apenas os protocolos de maior necessidade “as medicações”. Os procedimentos dos cuidados são realizados pelos acompanhantes, quando há, e são feitos improvisados nos corredores como, por exemplo, esvaziamento de sondas e drenos, troca de fraldas, lençóis e toda higiene pessoal.

Não existe privacidade. Foram observados homens e mulheres dividindo um mesmo espaço, sem respeito a sua individualidade como preconiza as políticas públicas de humanização. Os Setores de processamento de roupas não dispõem de número suficiente de lençóis. São visíveis o desgaste, lençóis rasgados, coloridos e estampas, trazidos de casa pelos acompanhantes, sem personalização, descaracterizando os critérios de enxovais descritos por Boeges (2008).

Vale ressaltar que durante a pesquisa não foi observado o uso de pijamas hospitalares ou outro tipo de roupa cedida pelo hospital. Todos estavam com roupas pessoais e alguns com as mesmas há alguns dias, depois do primeiro atendimento. Uma das potencialidades deste setor é a escala de costureiras, durante 24 horas, disponíveis para produção.

As enfermarias são climatizadas, pintura em branco gelo, uso de cortinas plásticas descartáveis fixadas com ganchos dividem os leitos. Não existem armários ou algo parecido para guarda de pertences. O hospital não se responsabiliza por nenhum pertence, O que não intimida as entradas de mochilas com volumes, que entram e saem sem nenhum critério, facilitando a proliferação de bactérias.

Os serviços de oferecer uma revista, livros, romances e até mesmo filmes, não são possíveis. Televisores são autorizados, uma por enfermaria, levados pela família pois o hospital não dispõe. As substituições de pacientes nas altas são “relâmpagos” no máximo de dois minutos. Não existe o serviço de governança e não dá tempo de realizar a higienização para entrada do novo paciente. Boerger (2008) diz que normalmente o tempo de uma acomodação que passa por limpeza corretamente é de 15 a 20 minutos, e uma limpeza terminal é de 40 a 45 minutos.

No item sinalização das áreas e serviços, foi pontuado como baixo nível, os acompanhantes e pacientes ficam perdidos nos corredores à procura do setor de Raio X, serviço social, ala G, banheiros e até mesmo o posto de enfermagem. As instalações físicas foram recentemente reformadas, porém os banheiros estão constantemente entupidos e com descarga quebrada, maior causa citada foi à falta de papel higiênico. Os pacientes e acompanhantes fazem uso das peças íntimas para higiene e as descartam na bacia sanitária gerando os entupimentos e ainda pacientes que recusam o uso da medicação e descartam no vaso. O HGE dispõe de uma

equipe de encanadores, dois por turno, para realização do atendimento desses casos. Em determinado período não são realizados por falta de material.

Manutenção Preventiva e Corretiva de equipamento também beneficia a hospitalidade. No HGE, existem processos de contratação para manutenção preventiva e corretiva, periódica, com empresas terceirizadas especializada e previamente licitadas. Contudo, são acionadas apenas quando o equipamento deixa de funcionar em sua totalidade, desde um simples tencímetro de coluna a um aparelho de endoscópio, autoclave, respiradores, ultrasonografia, tomógrafo, entre outros.

O atendimento é constante e o funcionamento 24h, não existe equipamento reserva. Durante a pesquisa o aparelho de tomógrafo ficou quebrado por uma semana aguardando peças. Os pacientes estavam sendo transferido para um hospital da rede privada conveniado para realizações das tomografias.

Boeger (2008) escreve que o objetivo principal do setor de nutrição e dietética é o restabelecimento do estado nutricional do paciente, neste ambiente conturbado foi encontrado vários pacientes sem sua dieta, e ainda outros que pelo stress da internação recusa receber, dizem que a comida é ruim. Desse modo, ficam sem alimentação, uma potencialidade da SND são as aplicações de alimentação enteral e parenteral, confeccionadas em ambiente próprio, e a copa para realização das mamadeiras dos bebês, que atende a medicação pediátrica da área azul quando necessário.

Os acompanhantes realizam refeições no mesmo ambiente utilizado pelos funcionários, refeitório climatizado, comida é terceirizada e os alimentos são expostos como *buffet*, porém, o acesso ao local só após às 13h, quando todos os funcionários terminam de se servirem. São servidos diariamente 420 almoços para funcionários e uma média de 480 para acompanhantes. O café da manhã é apenas para acompanhantes. No jantar, o número de funcionários é de 320, conforme dados fornecidos pelo SND, pois não é responsabilidade do HGE fornecer refeições às empresas terceirizadas de limpeza e segurança.

Nesta área, apenas no setor de medicação pediátrica em determinado dia durante a pesquisa foi observado os palhaços do projeto terapia do riso, único trabalho voluntário lúdico evidenciado. Nas quartas-feiras, previamente autorizados, grupos evangélicos das diversas religiões realizam pregações nos corredores e enfermarias. No hospital, não existe espaço ecumênico, nem recreativo para os usuários. Na abordagem aos colaboradores do setor de Qualidade de Vida do Trabalho – QVT, existem projetos em construção, mas no momento os em execução, são para funcionários como ginástica laboral, comemoração do aniversariante do mês, bloco de carnaval “HGE na Folia” e algumas comemorações em datas importantes como o Natal. Na área azul os profissionais não aderem aos projetos, dizem não ter conhecimento ou tempo.

O efeito de hospedar é a qualidade do hospedeiro, ou ainda, bom acolhimento, liberdade, amabilidade e afabilidade no modo de receber os outros, dentro de um hospital. A gestão hoteleira deve respeitar as regras e funções hospitalares, adaptando-se a elas. Foi possível perceber que as arquiteturas hospitalares da área em estudo têm potencialidades, porém percebe-se a centralização de tomadas de decisões e o enfraquecimento da prática das normas estabelecidas nos conceitos.

Entende-se que é importante efetivar a humanização do sistema única de saúde, para que a relação profissional da saúde e usuário amenize sofrimentos e desconfortos do ser humano que necessita de assistência. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética, na relação entre gestores, profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura ao outro com ser singular e digno. É evidente que a motivação para implantar a hospitalidade e humanização nos serviços de saúde vem pela necessidade de se resgatar uma medicina voltada para a prevenção, quando existia o médico da família que acompanhava o indivíduo em vários momentos da vida. A tendência não pode ser considerada um simples modismo, mas pode agregar valor ao serviço com uma proposta de mudança da cultura organizacional, na qual impere a qualidade das relações humanas, o que acaba por impactar na satisfação dos clientes internos e externos, com uma melhoria do ambiente no geral.

Portanto, verifica-se ainda a necessidade de um foco na melhoria do ambiente de trabalho e da segurança dos profissionais de saúde, a cultura organizacional de aprendizado e a utilização do sistema em rede com impacto na satisfação do cliente considerando o art. 196 da Constituição Federal que garante o acesso Universal e Igualitário a ações e serviços para Promoção Proteção e Recuperação da Saúde, onde todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor e livre de qualquer discriminação.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). Baixa cobertura na Atenção Básica é responsável pelo aumento da demanda no HGE, diz SESAU. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/gestaoeparticipacaoosocial/924>> Acesso em: 12 de dezembro de 2013.
- ALVES, Paulo César. **A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio antropológicos da doença**: breve revisão crítica. (1547-1554p.). Rio de Janeiro: 2006;
- BARROS, J.A.C. **Pensando o processo saúde e doença**: a que responde o modelo biomédico? Revista Saúde e Sociedade. Vol. 11, n. 1. São Paulo, jan/jul de 2002;
- BOURDIEU, Pierre. **A Distinção: crítica social do julgamento**. [Tradução de Daniela Kern]. São Paulo. Edusp: Zouk. Porto Alegre, 2007;
- BETTS, J. Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar. Humaniza [online] 2003. [acessado em 20 Dez. 2013] Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>
- BARAUNA, T. Humanizar a ação, para Humanizar o ato de Cuidar.[acesso em 21 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recrearte/recrearte02/tania01.htm>.
- BAREMBLITT, G. Que se entende por humanidade e humanização? (Portal Humaniza) [internet] [acesso em 21 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?>
- MEZOMO, João **Gestão da Qualidade na Saúde** São Paulo: Saraiva, 200. p. 276
- KATZ, D. & KAHN, R. **Psicologia Social das Organizações**. 3. ed., São Paulo: Atvon, 2010.
- TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BOEGER, M. Assad **Hotelaria Hospitalar: Gestão em Hospitalidade e Humanização**. São Paulo: SENAC, 2009.