



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

**DANIELE TERESA DA SILVA MAGALHÃES**

**A IMPORTÂNCIA DA PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE  
HOSPITALAR: UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE  
HISTÓRIAS DE VIDA**

Salvador  
2017

**DANIELE TERESA DA SILVA MAGALHÃES**

**A IMPORTÂNCIA DA PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE  
HOSPITALAR: UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE  
HISTÓRIAS DE VIDA**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha de Miranda

Salvador  
**2017**

**DANIELE TERESA DA SILVA MAGALHÃES**

**A IMPORTÂNCIA DA PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE  
HOSPITALAR: UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE  
HISTÓRIAS DE VIDA**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 01 de Setembro de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Ms<sup>a</sup> Chirlene Oliveira de Jesus Pereira  
(Assistente Social)  
Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Josimara Aparecida Delgado Baour  
(Universidade Federal da Bahia - UFBA)  
Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha  
(Universidade Federal da Bahia - UFBA)  
Orientadora

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo dom da vida, pelas bênçãos concedidas à mim, pela oportunidade de estudar em uma Faculdade Pública de qualidade, por ter realizado os desejos do meu coração e por direcionar a minha vida nos Teus caminhos.

A minha mãe, agradeço pelo seu amor incondicional, por ter me proporcionado o acesso à educação e presença em todos os momentos da minha vida. Obrigada, por me levar em todos os primeiros dias de aula, desde o maternal até a faculdade. Muita obrigada, por sua dedicação exclusiva a minha vida, pelas orações, paciência, conselhos, motivações, força, perseverança, fé e apoio financeiro. Obrigada, por não deixar eu desistir, por dizer sim e não nas horas certas, por me encorajar e me incentivar a prosseguir. Amo muito a senhora e obrigada por tudo!

Ao meu pai, agradeço pelo seu amor e orações por mim.

Aos meus avós maternos, Jandira e Daniel, agradeço pelo amor, conselhos, incentivo, paciência, força, coragem, orações e apoio financeiro. Obrigada Vô, por me ensinar tabuada quando eu era criança, para eu nunca mais me esquecer. Vó, obrigada por me ensinar a falar corretamente, sem erro de português. Saibam que minha vida não teria sentindo sem seus ensinamentos e conselhos. Muito obrigada! Amo vocês!

As minhas tias Telma, Vanilda e Vanusa, agradeço por tudo que fizeram e ainda fazem por mim. Obrigada pelo amor, ensinamentos, orações, conselhos e incentivo. Também amo vocês.

A minha prima e afilhada Maria Vitória, agradeço pelo amor mais puro, orações, brincadeiras e valorização da nossa família. Saiba que minha vida mudou com seu nascimento, as coisas mudaram para melhor com sua chegada. Amo você, Pirralha!

Ao meu marido Lucas, agradeço pelo seu amor, carinho, paciência, força, conselho, coragem, incentivo, apoio financeiro e por acreditar que vou longe. Obrigada por tudo! Te amo!

Aos meus amigos, Willian, Daiane, Rebeca, Jadiane, Jéssica, Jane, Edna, Maria Lúcia, obrigada pelos ensinamentos, paciência, apoio e incentivo. Amo vocês! Também agradeço, aos meus professores e supervisores de campo. À minha orientadora, pela paciência, dedicação e excelente orientação para a conclusão deste trabalho.

A todos que contribuíram diretamente ou indiretamente para minha formação, meu muito obrigada!

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários."

Marilda Yamamoto

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso - TCC propõe discutir a importância da permanência do acompanhante hospitalar, a partir de uma análise metodológica denominada história de vida. O estudo inicia-se com a contextualização das políticas de Saúde no Brasil e a garantia dos direitos aos usuários, fazendo uma reflexão sobre os contextos históricos e os principais instrumentos legais do exercício do direito à saúde, além de discutir o controle social no âmbito da saúde e analisar a Lei do Acompanhante (Lei nº 106/2009).

Palavras-chaves: Acompanhante. Direito à Saúde. Política de Saúde.

**Abstract:** This Concluding Work - CBT proposes to discuss a concept of the stay of the hospital companion for cardiac patients, based on a methodological analysis called life history. The study begins with a contextualization of health policies in Brazil and guarantees the rights to users, reflecting on the historical contexts and the main legal instruments of the exercise of the right to health, as well as discussing social control in the kinds of health and analyze the Law of the companion (Law nº 106/2009).

Key-words: Escorts. Right to health. Health Policy.

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

CTH - Câmara Técnica de Humanização

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

MOPS - Movimento Popular de Secretarias Municipais de Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OSs - Organizações Sociais

PL - Projeto de Lei

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PNH - Política Nacional de Humanização

PP-RS - Partido Progressista RS

PSF - Programa de Saúde à Família

SUDS - Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UTP - Unidade Transitória de Pacientes

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	9
2- AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A GARANTIA DOS DIREITOS AOS USUÁRIOS: REFLETINDO SOBRE OS CONTEXTOS HISTÓRICOS .....	10
2.1- DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	10
2.2- OS DIREITOS DOS USUÁRIOS NA SAÚDE: CONHECENDO OS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS LEGAIS DO EXERCÍCIO DO DIREITO .....	20
3- QUANDO A FAMÍLIA INQUIETA? CONHECENDO OS DILEMAS DA PRESENÇA DOS ACOMPANHANTES NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	29
3.1- UMA REFLEXÃO SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO BRASIL NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	29
3.2- A LEI DO ACOMPANHANTE: BREVE ANÁLISE .....	35
4- A PESQUISA DE CAMPO E SEUS RESULTADOS – CONHECENDO A REALIDADE DA PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE HOSPITALAR: UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE HISTÓRIAS DE VIDA.....	41
4.1- O PROCESSO METODOLÓGICO.....	41
4.2- PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA .....	43
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
6- REFERÊNCIAS .....	52



## 1- INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir sobre a importância do acompanhante hospitalar, utilizando a história de vida como metodologia para este estudo.

Vale destacar que a elaboração deste trabalho se deu a partir das inquietações provocadas a partir das observações realizadas no decorrer do estágio obrigatório, realizado no Hospital Santa Izabel. Além deste fator, é necessário destacar a escassez quanto ao referencial teórico sobre esse tema, existe ainda uma pequena produção acadêmica no que tange a um aprofundamento desse assunto.

Quanto aos objetivos deste estudo, pode-se dizer que a pretensão é conhecer quais são os instrumentos legais relacionados aos direitos dos usuários do SUS, especialmente aqueles vinculados diretamente aos acompanhantes dos pacientes na realidade hospitalar.

Para tal finalidade, o trabalho está constituído através de quatro capítulos. No capítulo que trata sobre *as políticas de saúde no Brasil e a garantia dos direitos aos usuários: Refletindo sobre os contextos históricos*, será registrada uma revisão da literatura sobre a Reforma Sanitária à criação do Sistema Único de Saúde, ressaltando seus aspectos históricos, contemplando também uma breve análise acerca da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e da Política Nacional de Humanização.

O capítulo intitulado *Quando a família inquieta? Conhecendo os dilemas da presença dos acompanhantes no contexto hospitalar*, abordará o controle social no âmbito da saúde, a análise da Lei do acompanhante, reflexões sobre a definição da família e aspectos importantes sobre a permanência do acompanhante hospitalar.

No que tange à pesquisa, o capítulo que segue apresentará este processo, evidenciando *o percurso metodológico, as análises das histórias de vida que relatam a necessidade e a importância da permanência do acompanhante hospitalar para pacientes cardíacos*.

E por fim, as *Considerações Finais*, onde serão feitas algumas ponderações conclusivas com base no arcabouço teórico que subsidiou este trabalho e com relação aos resultados da pesquisa.

## **2- AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A GARANTIA DOS DIREITOS AOS USUÁRIOS: REFLETINDO SOBRE OS CONTEXTOS HISTÓRICOS**

Neste capítulo, será apresentada uma contextualização histórica acerca das políticas de saúde no Brasil evidenciando a importância de conhecer o marco legal e seus mecanismos na direção da garantia dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Esperamos que as reflexões feitas elucidem a necessária relevância do debate sobre o conjunto de direitos e suas possibilidades de exercício pelos usuários no âmbito do sistema, assegurando os princípios ratificados pela Constituição e leis orgânicas do SUS.

### **2.1- DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Ocorreram no Brasil várias transformações importantes na política de saúde, desde a constituição de seu modelo de atenção, até o momento em que se consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS). E foi durante este período de intensas mudanças é que um novo pensamento e processo de articulação foi se definindo e dando forma ao novo ato coletivo, designado como força política: o Movimento Sanitário.

Este movimento sanitário é definido como um movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilham com interesses do referencial médico-social, no que diz respeito a abordagem dos problemas de saúde, levando em conta as práticas políticas, ideológicas e teóricas, na busca pela transformação do setor saúde no Brasil, tendo como objetivo principal a melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde de toda população brasileira, na garantia do direito de cidadania (SCOREL, 2012).

Segundo Scorel (2012) existem três vertentes distintas e principais na composição originária do movimento sanitário, em destarte: a primeira, composta pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); a segunda, unificada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a

terceira vertente, formada por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia.

Cada vertente se caracterizava a partir da difusão de pensamento e análise em prol da melhoria e garantia da saúde para toda sociedade. Tendo como destaque deste movimento, o CEBES e o movimento estudantil, considerados como pedras fundamentais para compor o movimento social organizado, pois difundiu e materializou a teoria da medicina social, formação da consciência sanitária e abordagem da saúde como elemento importante do processo histórico-social (SCOREL, 2012).

Com relação aos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, estes tinham uma atuação política, voltada para suas questões trabalhistas. Além disso, lutaram por outras questões, como, a "anistia ampla, geral e irrestrita". Já a terceira vertente é constituída pela academia, ou seja, atuação da área docência e pesquisa a partir da construção do referencial teórico e metodológico que originou o movimento sanitário, dando todo embasamento teórico para as novas propostas (SCOREL, 2012).

A Reforma Sanitária Brasileira, considerada por Sérgio Arouca (1988) como um "projeto civilizatório", traz valores fundamentais e essenciais para a sociedade brasileira e ocorreu no período de luta contra a ditadura, ou seja, de redemocratização. Buscou ser mais do que apenas uma reforma setorial em um contexto de intensas mudanças políticas e econômicas, pois luta pela transformação sanitária em algumas dimensões, como: institucional; ideológica; fenômeno saúde/doença e relações sociais que implicam na produção e distribuição de riquezas (SCOREL, 2012).

Considerada-se ainda como um movimento articulado de luta pela democratização, consolidação da cidadania no país, além da ampliação e garantia ao direito à saúde por todos atores sociais, além disso, ainda é um processo contínuo até os dias atuais.

A Reforma Sanitária Brasileira enquanto reforma social de caráter geral tem como propósito:

- a) a democratização da saúde, a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social na política e na gestão;

b) democratização do Estado e seus aparelhos, com descentralização do processo decisório, controle social, ética e transparência nos governos;

c) democratização da sociedade alcançando a produção e distribuição justa da riqueza numa ‘totalidade de mudanças’, passando por uma “reforma intelectual e moral” e pela democratização da cultura. (PAIM, 2012, p. 18 e 19)

Apreciada como um movimento que vai além do Sistema Único de Saúde, busca também a ampliação da cidadania, abrangendo princípios primordiais para toda a sociedade, como o da universalidade, integralidade e equidade. Além disso, articula a questão sanitária com as condições de saúde, sistema de saúde, ideologia e estrutura econômica da sociedade.

Tendo como tema Saúde e Democracia, a Reforma Sanitária estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços e consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e contou com a participação de vários seguimentos da sociedade civil, como: atores estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, movimentos sociais, movimentos populares em saúde, como CEBES e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), centrais sindicais e partido de esquerda, com intenção de discutir um novo modelo de proteção social para a saúde no Brasil, que garantisse o direito à saúde de forma integral (AROUCA, 1998).

Vale destacar a origem das Conferências de Saúde no Brasil, seu objetivo e a importância para todo processo da saúde no país, além da participação social, como explica Escorel (2012):

Origem das conferências de saúde data de janeiro de 1937 (lei n.378). Elas foram criadas com o principal objetivo de propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o informações para formulação de políticas e para a concessão de auxílios e subvenções financeiras. Desde que foram instituídas, as conferências sofreram profundas mudanças, mas, todas, com maior e menor intensidade, interferiram nas políticas de saúde. Nesse sentido, a 8ª CNS é considerada um marco de transformação desses fóruns, sendo fundamental para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro desembocado na Constituição de 1988. (p. 356)

De acordo com Rodriguez Neto (1988) a 8ª Conferência Nacional de Saúde procedeu através da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, por conta do impasse entre os dois Ministérios com relação ao aprofundamento da Reforma Sanitária, principalmente com a transição do Instituto

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde, a fim de discutir uma proposta nova de estrutura que tivesse como eixo principal a política nacional de saúde.

Nesta 8ª CNS foram abordados vários temas que se definiram em diretrizes válidas até hoje, são estas: a busca pela equidade; garantia de acesso universal à saúde; aumento do investimento público para o setor da saúde; unificação e integralização das ações preventivas, curativas e de reabilitação a nível de conteúdo, enquanto a gestão existe a integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; participação social na formulação, implementação e controle das ações direcionadas a saúde (ESCOREL, 2012).

Mediante as discussões e luta dos segmentos sociais é que na 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou-se a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o dever do Estado e o direito a cidadania e elaboração de bases financeiras do sistema e de participação social. Para além, o relatório final da CNS consolidou importantes propostas do movimento sanitário, acrescentando novas vertentes como o Movimento Popular de Secretarias Municipais de Saúde (MOPS) e o Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O relatório <sup>1</sup>final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é considerado por Paim (2008) uma sistematização da Reforma Sanitária como sendo um projeto e articulação do conjunto de políticas. Além disso, foi a partir desse relatório final que também "inspirou" o capítulo Saúde da Constituição de 1988, dando abertura futura para abordagem das leis orgânicas saúde (Lei n. 8.080/90 e a n. 8.142/90), que auxiliarão na implementação do SUS (PAIM, 2015).

Enquanto se discutia a legislação do novo Sistema Único de Saúde no Congresso Nacional, medidas foram adotadas tendo em vista a integração das ações e a unificação

---

<sup>1</sup> No próprio relatório final já se traz uma nova concepção de saúde, tendo esta como negação de um conceito abstrato e também: "[...] Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas... Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional... uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais... Entre outras condições isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população ” (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986)

dos serviços de saúde, a partir dos convênios entre os três níveis de governos, considerando a implantação dos programas de forma essencial para facilitar a implementação do SUS. Em destaque sobre essas iniciativas: Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) apreciados como uma "estratégia-ponte" para o SUS (PAIM, 2015).

A proposta central do SUS está diretamente vinculada ao direito à saúde, ou seja, todas as pessoas independentes da classe social, se estão ou não exercendo atividade laborativa remunerada, ou se até mesmo não estão contribuindo ou contribuindo para a previdência social têm direito à saúde, sendo esta pública e de boa qualidade. É importante frisar que "com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios", princípios fundamentais para o desenvolvimento e garantia dos direitos sociais. (PAIM, 2015, p. 28)

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida pela primeira vez como um direito social, inerentes a cidadania brasileira, tendo assim a "Saúde<sup>2</sup> como direito e dever do Estado" (Art. 196), inserida no capítulo II - Seguridade Social, pois esta faz parte do seu tripé: previdência, saúde e assistência - Seção II da Saúde.

Vale apontar que a Seguridade Social é um conjunto integrado de ações que tem por objetivo assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social. É partir desse momento, que a rede de proteção sai do contexto social-trabalhista e assistencialista e passar a adquirir um modelo de proteção social misto. Tendo assistência para quem dela necessitar; a saúde como direito universal e a previdência social regida pela atividade laborativa. Sendo as duas primeiras políticas distributivas e a última contributiva (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

O texto constitucional em seu Art. 194, estabeleceu os princípios norteadores do sistema de seguridade social, são eles: universalidade da cobertura e do atendimento;

---

<sup>2</sup> Entende-se que a partir daí a saúde é definida e entendida como não apenas o resultado das condições inerentes a alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas como forma também de organização da produção na sociedade e das mais variadas desigualdades que existem em todo contexto social.

uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregados, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

No que diz respeito a saúde, este tema é abordado nos artigos de 196 a 200, como veremos a seguir:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Parágrafo Único - O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A partir de então, que a saúde deixa de ser uma questão meramente técnica e passa assumir seu caráter de demanda política, no qual se destaca o dever do Estado como sendo garantido mediante as políticas econômicas e sociais, consideradas como

intervenções para a garantia do direito à saúde, e essas visam reduzir os riscos e agravos de doenças e outras questões, além do acesso universal de forma igualitária as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

E é no contexto de intensa discussão, marcada por grandes manifestações sociais e pela instabilidade econômica e crise fiscal do Estado, consequência da ideologia neoliberal, é que a Plenária Nacional de Saúde passou a conduzir e assumir os debates da Lei Orgânica da Saúde, sendo promulgada em 1990, como a Lei 8.080 e 8.142, organizando bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde no Brasil, o SUS, definido pelo artigo 198 da Constituição Federal (1988) como um conjunto de:

[...] ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Para tanto, se fez necessário para regulamentação e implantação do SUS editar as Normas Operacionais Básicas (NOB) em 1991 e 1993 (NOB-91 e NOB-93), que tem como objetivo organizar os princípios e diretrizes de descentralização da gestão e execução dos serviços, programas, projetos e benefícios em todo território brasileiro, inerentes à Política de Assistência Social. Então, a partir da avaliação do estágio de implementação e desempenho do SUS, fizeram com que as normas se voltasse de forma direta e imediata para definir estratégias e movimentos táticos, que por sua vez, orientaram toda a operacionalidade desse Sistema (BRASIL, 1997).

Baseado nos preceitos constitucionais, o Sistema Único de Saúde dispõe de alguns princípios doutrinários fundamentais para sua execução prática, tais como:

- **Universalidade:** garantia ao acesso aos serviços de saúde desde a unidade base até a alta complexidade, para qualquer cidadão.
- **Integralidade:** atendimento de forma integral articulando e priorizando as atividades preventivas, compatibilizando com



ações curativas, individuais e coletivas, de modo que integralize a atenção à saúde dando enfoque a questão da promoção, proteção e recuperação da saúde.

- Equidade: garantia de ações e serviços de todos os níveis de acordo a necessidade de complexidade de cada caso, ou seja, oferecer mais a quem no momento precisa e menos a quem demanda de menos cuidados, sem levar em consideração privilégios, pois todos cidadãos perante ao SUS são iguais, independente da classe social que este estejam inseridos.

No que se refere aos princípios organizacionais do SUS, que tangenciam como de fato as ações dos SUS serão feitas na prática, estes seguem as seguintes determinações: a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a descentralização que corresponde às esferas Federal, Estadual e Municipal; participação social; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; estabelecimento de prioridade de acordo com a epidemiologia; orientação e divulgação de informações (PAIM, 2015).

Além desses princípios que regem a organização do SUS, a própria legislação orienta também quanto ao funcionamento e a participação dos serviços privados de forma complementar, isso se houver insuficiência do setor público; orienta sobre os recursos humanos; norteia o formato de planejamento; configura o orçamento, financiamento e gestão financeira.

A proposta de modelo do SUS é feita de forma piramidal, pois na sua base apresenta o nível de atenção primária, constituindo a chamada Rede Básica de Saúde, definido como um conjunto de unidades básicas de atendimento à saúde, responsáveis pela atenção integral, seja de ação individual ou coletiva, integralizando as ações de promoção e prevenção de saúde, sendo porta principal de entrada do sistema até chegar ao nível de alta complexidade que seria o topo da pirâmide, que envolve alta tecnologia e alto custo, que tem como propósito oferecer a população acesso aos serviços qualificados, de tamanha densidade, como exemplo: radioterapia. Com relação a média complexidade, essa fica no meio da pirâmide, e é composta por ações e serviços que

atendem alguns dos problemas principais e agravos de saúde da população, necessitando de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos (COSTA e MAEDA, 2001).

O Sistema Único de Saúde ainda se encontra em processo de desenvolvimento mesmo tendo sido regulamentado há mais de vinte anos, pois como afirma Bravo (2001), este Sistema está distante do proposto inicialmente pelos seus idealizadores e regulamentação da promulgação da Constituição Federal Brasileira, sendo a terceirização, a focalização e a precarização, fatores que colaboram para essa situação e o desfinanciamento do SUS. É necessário desenvolver estratégias de luta política para que esse contexto social seja mudado e os direitos sociais sejam garantidos de forma igualitária e justa.

Com relação aos desafios enfrentados pelo SUS, também são muitos, já que atualmente se vê diversas contradições no que foi proposto pela lei como os princípios da equidade e integralidade, como aponta Paim (2015):

A equidade foi incorporada como princípio do SUS [...]. Entretanto, ao ser assumida pelo discurso de organismos internacionais como oposição à universalidade, ou como etapa para alcançar esta última, tende a representar para implementação de programas focalizados apenas nos pobres (SUS para pobres). O PSF expressa essas contradições, pois tem ampliado o acesso à atenção básica e deveria reorientar os encaminhamentos para os demais pontos de rede, racionalizando o consumo de serviços e ganhando em escala. Entretanto, em cidades com mais de cem mil habitantes, onde apresenta baixa cobertura e se concentra nos bolsões da pobreza, termina por reproduzir, concretamente, em nome da equidade, o inverso da universalidade, ou seja, a focalização. (p. 82)

Outro grande desafio visto foi com relação a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que visa o aprimoramento do SUS e é resultante do movimento de pactuação entre os três níveis de gestão. A partir desta Norma, ficou explícito o vazio na oferta de serviços no país. As mais variadas formas de mecanismos e valores de custos da assistência médica-sanitária, ocasionou um aumento no sucateamento da rede assistencial e busca por novas fontes alternativas de financiamento insuficiente e instável. A péssima remuneração dos profissionais de saúde e a precária relação trabalhista fez com que muitos profissionais não aderissem ao trabalho por meio do SUS. A junção dessas problemáticas tem levado a ruptura dos

preceitos constitucionais da garantia do direito ao acesso à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (NORONHA e SOARES, 2001)

Além disso, outros grandes desafios que se percebem numa conjuntura neoliberal é uma certa dependência nos serviços privados nos níveis secundários e terciários, que são respectivamente referentes a média e alta complexidade; tais como: a terceirização; o financiamento do Sistema concebido de maneira deficiente, devido a quantidade de usuários; precária infraestrutura nos serviços de atendimento a atenção básica, gerando longas filas e demora nos atendimentos; entre outras questões que colaboram para que esta política se torne focalizada, dando espaço para o crescimento das privatizações, apoio e incentivo para os planos de saúde (PAIM, 2015).

Apesar dos desafios supracitados, é possível afirmar que aconteceram grandes avanços no que diz respeito a política de saúde no Brasil a partir da Reforma Sanitária e a regulamentação do SUS, como por exemplo: a gestão descentralizada para estados e municípios, a formulação da Política de Saúde Bucal, a implantação do programa Brasil Sorridente, a Reforma Psiquiátrica e a ampliação do Programa Saúde da Família, HumanizaSUS, a partir da Política Nacional de Humanização, ampliação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), criação do Sistema Nacional de Transplantes e do Programa de Controle do HIV/Aids (PAIM, 2015). Avanços estes que foram e são importantes para o desenvolvimento da sociedade brasileira, pois juntamente com a Constituição Federal possibilitou uma nova visão sobre o conceito de saúde, tornando seu acesso universal, de forma gratuita, já que antes muitos não tinham acesso aos serviços de saúde porque este estava diretamente ligado a Previdência Social.

Ainda se faz necessário muita luta, mobilização política e principalmente participação social, para o enfrentamento dos desafios e alcançar avanços ainda maiores, para garantir o acesso a saúde por meio do Sistema Único de Saúde de boa qualidade, universal, humanizado, que atenda de forma integral, visando sempre a equidade, integralidade e a garantia dos direitos sociais.

## **2.2- OS DIREITOS DOS USUÁRIOS NA SAÚDE: CONHECENDO OS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS LEGAIS DO EXERCÍCIO DO DIREITO**

Como sabemos, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal Brasileira, "a saúde é direito de todos e dever do Estado", e é considerada como uma das políticas públicas do Brasil mais importantes, pois é um direito universal, tendo o Estado a obrigação de garantir, controlar, fiscalizar e regulamentar os serviços da saúde para que a população tenha acesso aos serviços de saúde de qualidade e de forma integral e igualitária.

E para que os cidadãos brasileiros saibam e conheçam sobre seus direitos e deveres a respeito do acesso aos mais variados serviços de saúde, foi elaborada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. Este documento já teve algumas edições, a primeira foi lançada no ano de 2011, traz seis princípios basilares de cidadania que garantem ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, seja através do SUS, ou da rede privada, em destaque:

"Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde".

"Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema".

"Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação".

"Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos".

"Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada".

"Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos".

Esses princípios visam garantir o acesso universal e igualitário com relação às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como também abordados na atual edição lançada em 2013, mas de forma resumida com 7 (sete) diretrizes, definindo os direitos e deveres dos cidadãos, vejamos a seguir:

- “Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, da prevenção, da proteção, do tratamento e da recuperação da sua saúde”. Ou seja, todo e qualquer cidadão tem o direito de ser atendido com ordem e de maneira organizada. Esta diretriz também traz a questão da equidade, pois quem estiver em estado mais grave ou de maior sofrimento, será atendido de acordo com a necessidade primeiro, além disso, garante a todos os cidadãos o acesso fácil aos serviços de atenção básica, como postos de saúde, centros de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde, entre outras questões;
- “Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde”. Nesta diretriz aborda que todo cidadão tem o direito de ter um atendimento de qualidade, ágil, prestado por equipe multiprofissional especializada em sua demanda. É garantido também ao usuário o direito a receber informações sobre o estado de saúde, de forma clara, objetiva, além de decidir se seus acompanhantes/familiares terão acesso a esta informação. Discorre também sobre os métodos de tratamentos, o acesso à anestesia se houver indicação, orientação sobre a forma que as receitas e as prescrições terapêuticas devem ser preenchidas e a garantia ao acesso de medicamentos de alto custo conforme responsabilidade do Ministério da Saúde, de acordo com seus protocolos e normas;
- “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, acolhedor e acessível a todas as pessoas”. Ou seja, todo usuário tem direito a um tratamento humanizado sem nenhum tipo de preconceito ou discriminação, seja em virtude da raça, cor, idade, religião, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, condições sociais ou econômicas, estado de saúde, deficiência e etc. É direito ao usuário também sua identificação pelo nome e sobrenome civil ou se optar identificação do nome social também é válido, além disso, os profissionais são obrigados a ter seus nomes visíveis no crachá para que possam ser identificados com facilidade e respeitar o usuário em todos os aspectos, como, integridade física, intimidade, opção religiosa, emocional, cultural, garantindo o bem-estar deste usuário. É garantido também o direito a acompanhante nos casos de internação de acordo o

que a lei prevê, como também direito de ter na espera por atendimento um local limpo, ventilado, protegido, tendo a disposição água potável e sanitários;

- “Toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, sua crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde”. Esta diretriz garante que todo usuário tem o direito de ter seus direitos respeitados, sendo alguns destes: a confidencialidade e sigilo de informações pessoais; a obtenção de laudo, atestado médico; liberdade de aceitar ou não continuar com o procedimento médico, acarretando a si toda e qualquer responsabilidade dessa escolha; recusa ou aceitação de assistência psicológica, religiosa e social; a não-participação ou aceitação a pesquisa voluntária, que visem algum tipo de tratamento experimental; direito de expressar opinião, manifestações, denunciar, criticar por meio das ouvidorias, sendo a privacidade e o sigilo respeitado; participação social na escolha de representantes dos conselhos de saúde, entre tantas outras questões;
- “Toda pessoa é responsável para que seu tratamento e sua recuperação sejam adequados e sem interrupção”. Ou seja, todo cidadão tem o dever de não mentir e de não passar informações erradas que acarretem em procedimentos médicos desnecessários e que coloque sua própria vida em risco. O usuário também tem o dever de respeitar os profissionais da área da saúde contribuindo assim para o bem-estar de todos, cumprir as normas dos serviços de saúde, resguardando os princípios desta Carta e desenvolver hábitos saudáveis que contribuam de alguma forma para a melhoria da saúde e qualidade de vida, e etc.
- "Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade". Isso quer dizer então que todo cidadão tem direito participação social no que diz respeito a saúde, seja na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e gestão do Sistema Único de Saúde, além disso, todo usuário deve ser informado, comunicado sobre a rede SUS, seus endereços, telefones, horários de funcionamento, procedimentos e ações disponíveis. Também deverá constar em cada serviço de saúde, o nome dos responsáveis pelo serviço, nomes dos profissionais daquele lugar, horário de atendimento ao público de acordo com o horário de trabalho de cada membro da

equipe. Sendo essas e outras informações repassadas ao usuário de forma clara que possibilite a compreensão por qualquer pessoa, e etc.

- "Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e das conferências de saúde e de exigir que o gestor federal e os gestores estaduais e municipais cumpram os princípios desta Carta". Por fim esta diretriz discorre sobre a participação de qualquer cidadão nos conselhos, conferências de saúde, cabendo a este também podendo ser escolhido como representante ou por opção, escolher outro representante lute por melhorias na área da saúde e se empenhe para que os direitos já alcançados sejam respeitados.

A partir desses princípios e diretrizes é que entendemos a tamanha importância da **Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde**, pois esta discorre sobre inúmeros instrumentos legais importantes acerca de direitos e deveres dos cidadãos e dos próprios profissionais da saúde. Contudo, percebe-se que há uma grande distância dessa teoria ser executada de forma total na prática, e um dos inúmeros motivos para essa tal realidade é que, infelizmente, nem todas as pessoas tem conhecimento deste valioso documento, apesar de ser disponibilizado pela internet e por meio físico (impresso). Por conta disso, muitos por não conhecerem seus direitos e deveres não lutam para que todos esses princípios sejam respeitados e executados. Então, vale destacar o quanto a participação social é fundamental para a garantia, melhoria e execução de vários direitos sociais.

De acordo com o Promotor de Justiça no Estado do Paraná, Márcio Berclaz, em sua coluna "*Justificando. Mentis inquietas pensam Direito*", da revista Carta Capital online, publicada em Abril de 2015, intitulada como "Quem conhece a Carta dos Direitos aos usuários da Saúde?", afirma que "dar conhecimento, fazer cumprir e respeitar a democrática "Carta de Direito dos Usuários do SUS", pode ser um excelente e promissor começo para que a política de saúde pública seja objeto de atenção e cuidado permanente dos políticos e da população", ou seja, é necessário dar mais visibilidade a esta Carta, fazer com que toda Sociedade Civil tenha conhecimento sobre ela, e não deixar que seja apenas veiculada na época das eleições eleitorais, pois é também uma forma de estimular melhorias para a política de saúde.

Pode-se dizer que a Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde tem potencialidade de promover o fortalecimento da qualidade da saúde pública no Brasil, basta ser amplamente divulgada, distribuída e por em prática todos os princípios propostos, para que haja mudanças nas ações e práticas dos serviços da saúde e ampliação da participação e controle social, pois é uma ferramenta e um dispositivo de extrema importância vinculada a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, como uma estratégia de fortalecimento do SUS, sendo uma política transversal, que abarca as mais variadas práticas de saúde, caracterizando uma construção coletiva a partir de um conjunto de princípios e diretrizes que traduzem essas ações, como o protagonismo dos sujeitos e a inseparabilidade entre a gestão e atenção à saúde.

Cabe destacar que a PNH, igualmente conhecida como HumanizaSUS é também um instrumento legal do exercício do direito, pois emergiu com o propósito de:

[...] (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. (PASCHE DF et. al., 2010, p. 4542).

Contribuindo assim para a melhoria da qualidade da atenção e gestão da saúde pública no Brasil, sendo uma política que busca colocar em prática os princípios do SUS, gerando mudanças nos modos de gerir e cuidar de modo transversal.

Por humanização, compreende-se a valorização dos diferentes atores sociais (usuários, trabalhadores e gestores) que participam do processo de produção de saúde. A autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, a afirmação de vínculos solidários, a participação de todos indivíduos no processo de gestão norteiam os princípios da política de humanização, além de envolver dimensões éticas que implicam o comprometimento com a melhoria do cuidado, estéticas porque permite a criação de um processo subjetivo entre os protagonistas e sujeitos autônomos e políticas ao se referir a uma organização social e institucional onde ocorra a execução da atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2008).

Neste sentido, apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde



desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano. (PASCHE DF et. al., 2010, p. 4542).

E para que esse sentido seja colocado em prática, são propostos alguns princípios importantes que norteiam a Política Nacional de Humanização, e que contribuem também para a melhoria da qualidade da rede do Sistema Único de Saúde, são estes:

- **Transversalidade:** termo que deriva da palavra transversal, que significa de acordo com o dicionário Aurélio online: "Linha que corta ou que atravessa outra linha ou um plano". Nessa mesma perspectiva de sentido é que se faz um dos princípios da PNH, pois deve estar presente em todas as políticas e programas vinculados ao SUS, almejando ampliação do grau de contato e de comunicação entre as pessoas, deixando de lado a relação hierárquica, fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a participação de grupos e a produção de saúde com qualidade;
- **Indissociabilidade:** este princípio está relacionado entre atenção à saúde e sua gestão. Requer intensa participação e controle social, além de corresponsabilidades dos sujeitos nos processos de gestão e atenção, assumindo uma posição protagonista e autônoma a tudo que diz respeito à saúde, seus serviços e ações;
- **Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos:** este princípio como vimos, também se faz presente no anterior, pois para que haja mudança na gestão e atenção à saúde é necessária que exista pessoas envolvidas, que compartilhem dos mesmos interesses e responsabilidades para a ampliação e melhoria da saúde, uma vez que todo sujeito social pode participar e atuar na valorização do fortalecimento do controle social e na efetivação e avanços do SUS.

A partir desses princípios, percebe-se a importância e quanta força a Política Nacional de Humanização tem para resistir ao atual projeto hegemônico da sociedade, que menospreza a capacidade inventiva e autonomia dos sujeitos (PASCHE et.al.,

2010), ou seja, a PNH busca efetivar os princípios e diretrizes do SUS, estabelecendo o protagonismo do sujeito, a coletividade, a construção de rede de apoio, a corresponsabilidade do cuidado e a gestão compartilhada, como sendo seu método, e conseqüentemente uma barreira que vai de encontro com o sistema neoliberal, que incentiva a competição e o individualismo na sociedade contemporânea.

Além desses princípios há também as diretrizes, que intervêm sobre os processos de trabalho, saberes, práticas e organizações, sempre norteando o trabalho de execução da Política Nacional de Humanização, a partir das orientações clínicas, éticas e políticas, como veremos abaixo (BRASIL, 2008):

- **Acolhimento:** constrói uma relação de confiança, de compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhador/equipe e o usuário, de forma coletiva que compreenda a necessidade de saúde, a partir de uma escuta qualificada que possibilite verificar e garantir as necessidades de cada usuário de acordo com suas demandas e prioridades;
- **Gestão participativa e cogestão:** expressa um sistema de gestão compartilhada, no qual as responsabilidades dos processos de análise e decisões são divididas, ampliando o diálogo entre profissionais e a população, promovendo aprendizado coletivo mediante ao processo de negociação e produção de consenso a partir de rodas de conversas entre dois tipos de grupos, um que está relacionado a organização de um espaço para gestão coletiva, de maneira que permita dialogar entre as necessidades e interesses de gestores, trabalhadores e usuários, e o outro, se refere a garantia de mecanismo de participação ativa de usuários e familiares nas unidades de saúde. Vale destacar que os colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são locais de trabalhos que aceitam e permitem a cogestão experimental;
- **Ambiência:** forma de criar espaços físicos saudáveis, de qualidade, que possibilitem conforto, acolhimento, privacidade, que gere mudanças positivas no processo de trabalho dos profissionais e seja referência de

encontro entre pessoas. Será realizado a partir de discussão compartilhada sobre o projeto arquitetônico, de como se dará a reforma e o uso dos espaços para atender as necessidades dos trabalhos e usuários dos serviços de saúde;

- Clínica Ampliada e Compartilhada: considerada como uma referência teórica e prática que tem como objetivo contribuir com uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que leve em consideração a singularidade de cada sujeito e o processo de saúde/doença. Enfrentando a fragmentação de conhecimento e a ineficiência das ações de saúde, a partir da utilização de recursos que possibilitem o enriquecimento dos diagnósticos, qualificação profissional e que permitam decisões compartilhadas e comprometimento com a autonomia dos usuários do SUS e a qualidade nos serviços de saúde;
- Valorização Trabalhador: esta diretriz está relacionada a dar visibilidade as experiências dos trabalhadores, pois eles vivenciam cotidianamente as ações de saúde, e por conta disso, podem opinar com propriedade nas decisões a serem tomadas, afim de qualificar os processos de trabalho e a melhoria dos serviços da saúde. Suas opiniões podem ser expostas no Programa de Formação em Saúde e Trabalho e na Comunidade Ampliada de Pesquisa;
- Defesa dos direitos dos usuários: todo usuário tem garantido por lei seus direitos aos serviços de saúde, e esta diretriz incentiva que estes direitos sejam divulgados e assegurados, para que todos os sujeitos tenham acesso a todas as fases dos serviços de saúde com qualidade.

O conjunto dessas diretrizes orientam e guiam para que haja uma atuação profissional transformadora, autonomia e protagonismo do sujeito e gestão compartilhada, que possibilitem a garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, sendo de fundamental importância para toda sociedade civil. Além dessas diretrizes, alguns dispositivos foram desenvolvidos, incorporados nas práticas de produção de saúde, abrangendo o coletivo com intuito de propor mudanças significativas nos modelos de atenção e de gestão à saúde.

O acolhimento com classificação de risco; colegiados gestores; programa de formação em saúde e trabalho; projetos de ambiência; construção de processos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades de humanização; visita aberta, e por fim, o direito de acompanhante são alguns dos dispositivos da PNH, sendo que cada um deles estão diretamente ligados aos princípios, método e diretrizes dessa política como afirma (PASCHE DF et. al., 2010, p. 11):

Os dispositivos da PNH, é necessário reafirmar, derivam de princípios, método e diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um todo coerente. Nesta medida, sua implantação e consolidação impõem crítica constante, devendo-se interrogar sobre os modos de operar e os efeitos dos instrumentos, que por si só não garantem ação transformadora. Riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída impõem a ativação de processos de vigilância pelos coletivos sobre a implementação dos dispositivos e exercício crítico do método da PNH e de seus princípios.

Isso significar dizer que os dispositivos se operacionalizam na prática, seja nos contextos institucionais, políticos e sociais, entretanto, estes não asseguram que realmente ocorra uma ação transformadora (sendo esta uma das críticas dessa política), devido aos arranjos institucionais da própria política, devendo a ver análise crítica da PNH para que esta seja efetivada na sua totalidade e possibilite promover transformação eficaz nos modelos de atenção e gestão à saúde.

É necessário ampliar a institucionalidade da Política Nacional de Humanização, como uma política do SUS, mas para que isso aconteça é imprescindível organização sistemática da PNH, juntamente às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Além de aparar e promover a descentralização através da criação de coordenações loco-regionais, grupos de trabalho de humanização e de câmaras técnicas para que haja efetivação dessa política. (PASCHE DF et. al., 2010)

É preciso também que a PNH se situe "[...] no limiar da máquina de Estado, cujas idiosincrasias tendem a capturar e amortecer exatamente aquilo que permite e justifica a presença da PNH no SUS: sua natureza instituinte e desviante (PASCHE DF et. al., 2010, p. 4547)", sendo referencial para a construção de práticas de saúde que valorizem e garantam as necessidades de cada sujeito social e estratégia de mobilização

social, tanto para reivindicar direitos, quanto denunciar a falta deles e de afirmar maneiras de enfrentamento dos desafios que estão postos para a saúde pública brasileira.

Além disso, é indispensável debates, análises críticas e interventivas sobre a humanização do SUS, de modo que vise alcançar melhorias dos serviços e ações de saúde e garantia da mesma de forma humanizada, que assegurem a participação social e fortalecimento do controle social, a construção de autonomia e protagonismo do sujeito e a gestão compartilhada, sempre envolto com o compromisso da democracia e garantia dos direitos sociais.

### **3- QUANDO A FAMÍLIA INQUIETA? CONHECENDO OS DILEMAS DA PRESENÇA DOS ACOMPANHANTES NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Com todas as discussões feitas anteriormente sobre os princípios do SUS, seus marcos legais e os mecanismos que asseguram os direitos dos usuários no sistema de saúde, faz-se necessário dar maior visibilidade aos mesmos, possibilitando que as famílias dos usuários do SUS e os próprios pacientes tenham acesso às informações para a utilização dos serviços e saibam da sua importância no processo terapêutico.

A partir da vivência realizada no ambiente hospitalar, ficou nítido que em muitas situações, a família é concebida como um “fardo” no período de tratamento. É sobre esses dilemas que tal capítulo se dedica, no sentido de buscar alavancar um debate acerca dos dilemas que permeiam essas relações.

#### **3.1- UMA REFLEXÃO SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO BRASIL NO ÂMBITO DA SAÚDE**

A Política Nacional de Humanização de Saúde contribui significadamente para melhoria da qualidade da atenção e da gestão de saúde no Brasil, efetivando assim os princípios do Sistema Único do Saúde. Vale destacar a importância da participação dos usuários no Sistema de Saúde, como uma forma de controle social no âmbito da saúde.

Para contextualizar o debate, as autoras (BRAVO; CORREIA, 2012) no texto *Desafios do Controle Social na Atualidade*, aborda o controle social no Brasil entendido como a participação da sociedade nas instâncias públicas do poder, o qual se dá em um contexto de redemocratização do país, com a transição da ditadura militar para a abertura democrática.

Anterior a Constituição Federal de 1988, o controle social que hoje se define como a fiscalização da Sociedade Civil sobre as ações do Estado, tinha outro significado no período de repressão militar, consistia no controle do Estado ditatorial sobre as lutas políticas desencadeadas por pessoas insatisfeitas com o regime. Na medida em que crescia a violência institucional, ampliavam os movimentos sociais e emergia a luta política no país. Esse processo foi um dos fatores condicionantes para a inclusão do direito do povo à participação no controle social no texto constitucional.

Nos últimos anos do regime militar a crise se mostrava latente pelos excessivos gastos do governo em grandes obras com empréstimos estrangeiros, desencadeando no aumento do desemprego, inchaços das cidades provocados pelo êxodo rural, população pobre sem acesso à saúde, aumento da pobreza junto com a inflação, bem como, a concentração de renda. É nesse momento, década de 70, que os movimentos sociais ganham força, um deles foi o Movimento de Reforma Sanitária<sup>3</sup> exigindo saúde universal como dever do Estado e questionando a assistência à saúde entendida como uma mercadoria, sendo fonte de lucro aos hospitais privados. O marco deste movimento se deu com a 8ª Conferência<sup>4</sup> Nacional de Saúde na qual foi possível uma grande participação da sociedade civil brasileira organizada. Foi discutido um novo modelo de saúde para o Brasil entendendo-a para além da relação saúde-doença, mas, envolvendo toda condição de vida da população. Na Constituição de 1988 a saúde passa a ser

---

<sup>3</sup> Questão discutida no capítulo 1.1- Da reforma Sanitária à constituição do SUS

<sup>4</sup> "As conferências de saúde são espaços institucionais de participação social e democrática da sociedade responsáveis por avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde para os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) que servem para orientar os governos no planejamento da saúde e na definição de ações prioritárias nos municípios, estados e em âmbito nacional. Acontecem de quatro em quatro anos, conforme estabelece a lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. E são convocadas pelo poder executivo, ou, extraordinariamente, pelo Conselho Nacional de Saúde. Participam das conferências de saúde vários segmentos da sociedade eleitos entre os representantes dos usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde".

definida como direito de todos e dever do Estado, e somente na década de 90 é regulamentada a Lei nº 8080/90 e Lei nº 8.142/90 contraditoriamente ao contexto neoliberal.

O controle social inserido no contexto de medidas neoliberais transforma o Estado em um vilão das mazelas sociais, enquanto coloca o terceiro setor como capaz de dar respostas as expressões da questão social, com a ideia de solidariedade e ajuda. Dessa forma redefine o papel do Estado e da sociedade civil, com uma série de medidas para benefício do capital estrangeiro e da classe média burguesa, na acumulação de riquezas, aprofundando ainda mais o abismo da desigualdade social no país. (BRAVO e CORREIA, 2012)

As orientações a serem seguidas foram a do Banco Mundial e a do Fundo Monetário Internacional, acordos firmados no Consenso de Washington<sup>5</sup> propõe um Estado mínimo para o social deixando o fundo público para atender as crises do capital. O terceiro setor, as organizações não governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, empresários e grupos comunitários é que são incentivados a assumir as políticas sociais.

Esse é o sentido completamente oposto de controle social previsto na saúde com a participação da sociedade em setores organizados para fiscalizar o orçamento publico e participar da formulação, acompanhamento e execução de serviços de saúde com qualidade para a população. Assim, a classe dominante apreende uma demanda das lutas sociais e reformula para atender seus interesses, buscando a participação e consenso da sociedade no seu projeto de classe dominante. Para legalizar esses interesses a Constituição de 88 sofreu várias alterações com emendas constitucionais a fim de desmonte dos direitos sociais e desresponsabilização estatal.

---

<sup>5</sup> “O termo Consenso de Washington ficou conhecido como um conjunto de medidas de ajuste macroeconômico formulado por economistas de instituições financeiras como FMI e o Banco Mundial, elaborado em 1989. Entre essas "regras" que deveriam ser adotadas pelos países para promover o desenvolvimento econômico e social estavam: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação e desburocratização, direito à propriedade intelectual”.

Sendo o controle social um espaço de luta de classes na afirmação de projetos de sociedade, há que se questionar: é possível e em que medida a classe subalterna pode obter espaço no controle social sobre o Estado, considerando que a classe burguesa é a classe dominante e o Estado não é neutro?

A democracia que se vê atualmente é a burguesa, serve a ordem do capital, esconde o caráter de classe pela ideologia que se propaga nos meios de comunicação de massa, isso faz com que se consiga a cooptação da classe subalterna no projeto burguês de sociedade, dessa forma, é preciso pensar em um projeto democrático para o social. Nos desafios atuais do controle social nos conselhos<sup>6</sup> de saúde, as autoras colocam que há dois pontos divergentes: os que acham que os movimentos sociais devem abandonar esses espaços por acreditar que estão totalmente cooptados pela burocracia estatal, considerando que o Estado não é neutro e existe uma correlação de forças que tendem a estar em benefício da classe dominante, e tem os que pensam serem esses espaços de possibilidades e luta para fazer pressão frente ao Estado, efetivar e ampliar direitos, reconhecendo seus limites e possibilidades.

Na área da saúde, os mecanismos de controle social foram conquistados pela luta da reforma sanitária em um contexto de reivindicações pelo fim da ditadura e abertura a democracia, dessa forma as autoras colocam uma questão a se pensar: considerando esse contexto, é estratégico abandoná-lo ou problematizá-lo? Na análise sobre o controle social deve-se problematizar a sociedade dividida em classes sociais antagônicas, onde a riqueza é produzida socialmente e distribuída de forma desigual. Dessa forma não se pode considerar a existência de uma sociedade uniforme no trato ao controle social, apesar do discurso mistificador burguês que todos podem participar e que se vive em uma real democracia.

---

<sup>6</sup> "Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde."



Assim, diante das medidas neoliberais adotadas em atenção aos interesses dominantes, é preciso buscar o significado real do controle social a partir da concepção de Gramsci<sup>7</sup>, no qual a Sociedade Civil faz parte do Estado assim como a sociedade política, sendo um espaço em que se dar a luta da classe subalterna para conquistar o poder político. Dessa forma, potencializar os espaços do controle social nessa perspectiva, é garantir a possibilidade de mudanças na ordem social em favor da classe trabalhadora.

No âmbito da saúde se faz necessário reconhecer os interesses contraditórios da sociedade para utilizar o controle social como forma de resistência frente ao avanço do capital na mercantilização da saúde, pois, apesar dele não ser suficiente para a supressão do capitalismo, pode contribuir como mecanismo de denúncia da apropriação do fundo público pelo setor privado, bem como, no acompanhamento e participação na elaboração da política de saúde pública.

Das lutas por saúde como direito, nasceu o Sistema Único de Saúde universal e gratuito, no entanto, o projeto do capital para privatização da saúde para obter lucro vem ganhando força diante dos ditames neoliberais e suas estratégias têm sido prejudiciais a execução do SUS. Ao investir dinheiro público no setor privado através das parcerias, o Estado deixa de ser o executor do serviço de saúde como manda a Constituição e passa a contratar serviços particulares, terceirizando a saúde de forma silenciosa e sorrateira.

Em defesa do SUS, surge em 2010, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde<sup>8</sup> organizada pelos movimentos sociais, sindicatos, fóruns de saúde, partidos políticos, centrais sindicais e universidades, na luta contra a privatização, dando continuidade aos interesses da reforma sanitária da década de 80. Foi criada inicialmente para barrar as Organizações Sociais (OSs) de caráter privatista, com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade contra esse modelo de gestão de serviços públicos que prejudica os usuários da saúde pública.

---

<sup>7</sup> Controle Social na Saúde por Maria Valéria Costa Correia. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.

Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf)

<sup>8</sup> Endereço eletrônico da Frente nacional Contra a Privatização da Saúde, onde é possível acompanhar a militância em defesa da saúde pública e estatal.

Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/>

Este tem sido espaço de controle da sociedade para garantir direito a saúde das classes subalternas, formando uma frente para frear as investidas do capital no SUS. Diante disto, as autoras concordam que os conselhos e as conferências devem ser reconhecidos e ocupados pelos movimentos sociais, bem como, os fóruns de saúde, como espaços de luta e pressão em defesa do projeto da classe trabalhadora. Esses espaços apresentam possibilidades de luta na construção de uma nova hegemonia na saúde reafirmando seu caráter público e de dever do Estado.

O sucateamento da saúde pública tem sido uma estratégia do Estado quando este descumpre seu papel, direcionando baixos recursos na manutenção dos serviços, dessa forma, utiliza o argumento da privatização como sendo a melhor saída. Em favor a este discurso é divulgado propagandas enaltecendo os serviços privados como sendo de excelência, assim, é necessário fazer o debate na sociedade para esclarecer os prejuízos da privatização para a saúde, fazer frente aqueles que apoiam o projeto privatista que acabam até por convencer os próprios usuários que são melhores os serviços privados.

Os fóruns e a Frente Nacional estão se mobilizando com a estratégia de esclarecimento à população com a criação de sites, blogs, boletins, para divulgar nos meios de comunicação as informações referentes á saúde, assim como foi produzido um documento “*Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil*”<sup>9</sup> mostrando os prejuízos causados aos municípios onde as OSs foram implantadas.

Dessa forma, os debates das autoras apresentam caminhos favoráveis para o uso do controle social especialmente na área da saúde, e apesar de suas limitações é preciso fortalecer exemplos como a Frente Nacional Contra Privatização do SUS na tentativa de barrar a ânsia neoliberal de mercantilização da saúde, ocupando um espaço conquistado com muita luta, sendo de fundamental importância a participação das classes subalternas nesse cenário político.

Além disso, é necessário e de extrema importância, a manutenção das Conferências Nacionais de Saúde, dos Conselhos de Saúde, pois são instrumentos poderosos de participação social, sendo oportunidade de participar das políticas de

---

<sup>9</sup> Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc/edit?pli=1>

saúde e lutar pela garantia, qualidade dos serviços de saúde para toda sociedade, efetivando juntamente com a Política Nacional de Saúde os princípios do SUS.

### **3.2- A LEI DO ACOMPANHANTE: BREVE ANÁLISE**

Atualmente vivemos em um mundo globalizado com avanços tecnológicos a todo instante, novos padrões de comportamento e hábitos são difundidos. A complexidade da vida faz parecer que vinte e quatro horas por dia não é suficiente para executarmos todas as tarefas do dia-a-dia e para dar conta dessa nova realidade de vida o sujeito tenta de todas as formas, adaptar-se a essa rotina.

Por conta disso, a qualidade de vida da população foi alterada e isso acarretou mudanças importantes no perfil das doenças e agravos à saúde. Todas essas mudanças refletem também na transição epidemiológica brasileira, tendo de um lado, as doenças que emergem e/ou reemergem, como por exemplo, as infectocontagiosas, e, de outro, a predominância de doenças crônicas, referidas como doenças e agravos não transmissíveis. (CÂMERA et.al., 2012, p.41)

Sabe-se que o processo saúde/doença é bastante delicado na vida de qualquer pessoa, pois quando o indivíduo adoece, muda completamente a dinâmica da vida naquele período, que pode ser ao longo ou em curto prazo. Todo tipo de doença seja qual for esta assusta um pouco, preocupa e requer atenção constante. O psicológico da pessoa doente e de todos que o acompanham naquele momento fica abalado, estremecido, principalmente quando o doente precisa permanecer internado para cuidar da saúde.

A internação hospitalar é considerada como um momento extremamente complicado e crítico para o paciente, pois uma nova rotina é vivenciada, o doente passa a ser dependente de cuidados da equipe multiprofissional, que é composta pelos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos, perdendo assim sua própria autonomia.

Na fase de internamento é fundamental a presença de um acompanhante para o paciente, que pode representar uma rede de apoio familiar e social do próprio paciente,

que o acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, sendo este ainda uma forma de contato com meio exterior e a sociedade. (Cartilha Humaniza SUS: Visita aberta e direito ao acompanhante, 2007, p.3).

Nos últimos anos, mais precisamente a partir da década de 1990, houve uma valorização no papel do acompanhante, pois este é tido como facilitador no processo de restabelecimento da saúde de pacientes internados em hospitais, sendo ainda considerado como agente acelerador para o desenvolvimento da reabilitação. A lei do Sistema Único de Saúde, Nº 8.080, garante a integralidade da assistência, sendo esta compreendida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” e que implica o sujeito como um ser próprio de demandas emocionais, físicas, materiais e relacionais. (SANCHES et.al., 2012, p. 68)

Por isso, é importante a manutenção do vínculo social e afetivo do indivíduo que se encontra internado no espaço hospitalar, pois o ambiente em que está é completamente diferente da prática vivenciada em domicílio, existem novas regras a serem seguidas, práticas disciplinares impostas, sendo o acompanhante diretamente ligado a este vínculo e incentivado pelas políticas públicas de saúde como fator importante na dinâmica do cuidado e na recuperação da saúde do paciente.

Atualmente tramita na Câmara dos Deputados o projeto de lei aprovado em 2016 pelo Senado (PL 49996/16) que disponibiliza o direito a acompanhante, a todos os usuários de serviços de saúde, independente da idade, do atendimento público ou privado, seja em clínicas ou hospitais, pelo tempo da internação ou atendimento. Sendo o acompanhante escolhido pelo usuário, de livre escolha, havendo possibilidade de revezamento. A autora deste projeto é a senadora Ana Amélia, vinculada ao Partido Progressista RS (PP-RS).

O texto deste projeto altera a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde), caso seja aprovado, que garante aos usuários dos serviços de saúde o direito a acompanhante apenas nos casos de internação hospitalar e em alguns segmentos da população, como: criança e adolescentes, mulheres grávidas e no pós-parto, pessoas com deficiência e idosos. Vale destacar, que atualmente cada segmento populacional

tem uma lei específica que aborda esta determinação, como veremos a seguir detalhadamente:

A Lei nº 106/2009, de 14 de setembro de 2009, discorre sobre o acompanhamento familiar em internamento hospitalar, decretada nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição Brasileira. Esta estabelece o regime do acompanhamento por grupos específicos, em destaque: crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde.

Esta Lei não discorre com relação ao acompanhamento de acordo com a doença do paciente internado, deixando de lado a gravidade de inúmeras doenças e a importância do acompanhamento hospitalar, como no caso aqui pesquisado pacientes com doenças cardíacas<sup>10</sup>.

No artigo 2º desta Lei, dispõe sobre o acompanhamento familiar de criança internada, limitando alguns requisitos baseado de acordo com a Lei Federal nº 8.069 de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente <sup>11</sup>(BRASIL, 1990), em destaque:

1 - A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua.

2 - A criança com idade superior a 16 anos poderá, se assim o entender, designar a pessoa acompanhante, ou mesmo prescindir dela, sem prejuízo da aplicação do artigo 6.º

3 - O exercício do acompanhamento, previsto na presente lei, é gratuito, não podendo o hospital ou a unidade de saúde exigir qualquer retribuição e o internado ou seu representante legal deve ser informado desse direito no acto de admissão.

4 - Nos casos em que a criança internada for portadora de doença transmissível e em que o contacto com outros constitua um risco para a saúde pública o direito ao acompanhamento poderá cessar ou ser limitado, por indicação escrita do médico responsável.

---

<sup>10</sup> "Doença cardíaca é um termo geral para designar diversas condições médicas crônicas ou agudas que afetam um ou mais componentes do coração"(VARELLA,2015)

Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/saude/temas/doenca-cardiaca>

<sup>11</sup> Regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes seguindo as diretrizes da Constituição Federal de 1988.

Com relação ao acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência, a lei determina em seu Artigo 3º o direito ao acompanhante permanente, podendo este ser "ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada" (BRASIL, 2009)

Já para os idosos, rege a Lei Federal nº 10.741 de 2003 – Estatuto do Idoso<sup>12</sup>(BRASIL, 2003), que define que todo cidadão acima dos 60 anos tenha direito ao acompanhante em caso de internação ou sem observação, seja em qualquer unidade de saúde.

No que diz respeito as parturientes (mulheres em trabalho de parto e no pós parto), a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005 estabelece a toda rede de saúde no Brasil, a obrigação de permitir a presença de acompanhante durante todo o decorrer do trabalho de pré-parto, parto e pós-parto, cabendo a mãe decidir quem será seu acompanhante e se realmente vai querer permanecer acompanhada nesse período.

A Lei nº 106/2009 ainda estipula as condições do acompanhamento, como se dá a cooperação entre o acompanhante e os serviços, além disso, assegura o direito sobre as refeições e de que forma o hospital ou unidade de saúde deve agir nos casos de ausência de acompanhante, pois existe uma concepção negativa da responsabilização familiar pelo cuidado a pessoa doente.

Como a Lei estabelece o acompanhamento familiar, cabe aqui destacar a importância de entendermos a pluralidade da definição de família no mundo atual e seus múltiplos arranjos. Apesar desses novos arranjos é perceptível a presença de um forte conservadorismo na nossa sociedade quando abordamos a questão da família, uma vez que o tradicionalismo está enraizado na nossa cultura brasileira. Novos formatos de famílias estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde e isso provoca a necessidade das políticas de saúde contemplarem essas novas conjugalidades.

Muito ainda se fala sobre a família patriarcal, pois é o modelo que a sociedade quer que todos sigam. A autora Corrêa (1981) define a família patriarcal como “um tipo fixo onde os personagens uma vez definidos, apenas se substituem no decorrer das

---

<sup>12</sup> Regulamenta os direitos dos idosos.

gerações, nada ameaça sua hegemonia, e um tronco de onde brotam todas as outras relações (p. 6)”, ou seja, o que se vê hoje é totalmente diferente, pois existem novas configurações de família, novos olhares críticos na contemporaneidade acerca dessa temática.

Ainda assim, com novos formatos de família surgindo, o valor desta ainda não se perdeu, como discute a autora Cecília Sardenberg (1997) em seu texto "E a família, como vai?", quando nos afirma, que a família ainda é uma das instituições de maior prestígio e relevância para muitos atores sociais. Ela destaca ainda, que o ‘projeto de família’ é o centro de esforços e luta para motivar grande parte da sociedade ao alcançar seus objetivos principais de vida.

Recentemente, a Câmara do Deputados aprovou o projeto Estatuto da família, que legitima apenas a união entre homem e mulher como sendo uma família, deixando de fora as novas estruturas familiares. Com isso, percebermos infelizmente a visão engessada do modelo de família que existe no Brasil e o quão grande é o conservadorismo e o preconceito com relação às novas formas de famílias.

Antes a mulher que se divorciada estava fadada a viver na solidão, pois esta não era aceita socialmente, hoje em dia muitas mulheres divorciadas se tornam chefes de famílias e são independentes, mas ainda assim sofrem preconceito, pois culturalmente temos enraizado o patriarcado. Para comprovar essa afirmação utilizo aqui a análise feita pela autora Luciana Marcassa (2006) em seu texto ‘A origem da família, da propriedade privada e do Estado – Friedrich Engels’, quando aborda que a expressão família foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social, tendo o chefe como o detentor do poder sob a mulher, filhos e escravos, com o pátrio poder romano e o direito de vida e morte sob todos eles. Já nessa mesma época percebe-se o patriarcado, o poder exclusivo que o homem tinha para com suas famílias e que a sociedade carrega como herança desses tempos passados.

Hoje em dia, existem famílias formadas por casais do mesmo sexo e que sofrem muito preconceito por compartilharem essa nova configuração de família que vai de encontro com o modelo ideal tido pela sociedade. Polêmica ainda mais para os conservadores, quando estes casais homoafetivos decidem requerer a adoção de crianças para compor seu elo familiar, sendo assegurados em lei para essa solicitação, tornando-

se este requerimento um grande avanço para uma sociedade patriarcal e conservadora que vivemos.

A nova dinâmica familiar para Araújo (2009), no Brasil é relativamente recente, principalmente o igualitarismo nas relações, pois a hierarquia e o poder patriarcal dominavam a organização familiar. Diversas mudanças ocorreram na família e estas estão associadas a movimentos sociais em decorrência a democratização da conjuntura societária, como exemplifica Araújo (2009), com o movimento feminista, que luta pela igualdade de gênero e expansão da democracia política.

A família é tida como um grupo social, sendo que atualmente esta sofre um processo contínuo e longo de reinvenção da mesma, reinvenção esta extremamente importante e fundamental para as novas relações familiares, fazendo assim surgir novas concepções, novos valores sociais, novas atitudes, novas subjetividades dos indivíduos sociais para que se tenha uma sociedade menos desigual e patriarcal.

É preciso que muitos ainda entendam que família é família independente de como esta é composta e é fundamental o respeito à composição familiar e as relações de família. Sendo a família como uma instituição social é essencial que a sociedade compreenda as demais formas de estruturas familiares e deixar de lado o patriarcado institucionalizado e dá espaço a pluralidade na representação familiar.

Esse debate é essencial no contexto da saúde, em especial, no âmbito hospitalar pois estabelecemos relações cotidianas com essas famílias plurais, tentando entender seus modos de vida, buscando socializar as informações e defender coletivamente seus direitos. No âmbito do SUS, é preciso que a gestão e a execução das políticas de saúde reconheçam essa pluralidade das famílias e principalmente seus recortes de classe, gênero, étnico-raciais, geracionais no processo de produção da doença e da saúde, identificando que os acompanhantes se constituem protagonistas estratégicos no período de recuperação e reabilitação dos usuários da saúde.



#### **4- A PESQUISA DE CAMPO E SEUS RESULTADOS – CONHECENDO A REALIDADE DA PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE HOSPITALAR: UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE HISTÓRIAS DE VIDA**

Neste capítulo, a abordagem central é revelar o percurso metodológico da pesquisa, seus instrumentos e os principais resultados encontrados durante esse processo.

A coleta e a sistematização dos “achados da pesquisa” a luz da literatura subsidiaram as reflexões tecidas nas próximas seções. Longe de esgotarmos esse tema, seguimos apontando discussões relacionadas a esse assunto tão complexo.

##### **4.1- O PROCESSO METODOLÓGICO**

Tendo como finalidade discutir e compreender a importância da permanência do acompanhante hospitalar, se fez necessário a realização de uma pesquisa qualitativa, pois buscou-se “um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21-22), utilizando a metodologia *história de vida*, juntamente com a realidade empírica e conhecimentos teóricos que auxiliaram na proposta principal de análise deste trabalho.

Primeiramente foi feita uma revisão literária sobre a política de saúde no Brasil, perpassando pelos contextos históricos da Reforma Sanitária à criação do SUS e seus limites e desafios na atualidade. Além disso, analisou-se os instrumentos legais do exercício do direito à saúde, como a Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde e a Política de Humanização, trazendo também para discussão o controle social no âmbito da saúde e a Lei de nº 106/2009 que diz respeito ao acompanhante.

Cabe destacar que a pesquisa é um processo de investigação, correlacionando a prática e a teoria, utilizando o referencial teórico para embasar as ações e os instrumentos que serão utilizados no decorrer da pesquisa, sendo considerado também como uma:

[...] atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção na vida real, nela encontrando suas razões e seus objetivos. (MINAYO, 2009, p.16)

No que se refere aos procedimentos técnicos foi utilizado a *história de vida*, considerada uma abordagem que utiliza a narrativa da experiência, vivência do sujeito como forma de conhecimento e processo de transformação (JOSSO, 2004). Esta é extraída de várias formas e fontes, tais como: entrevistas prolongadas, nas quais ocorre de forma contínua a interação entre o pesquisado e o pesquisador, fazendo com que o pesquisado sinta a vontade de dialogar sobre seu universo cultural, sem ser forçado, de maneira espontânea (THIOLLENT, 1982). Além disso, inclui também depoimentos, biografias, autobiografias, memorial, documentos pessoais e crônicas. Sendo a história de vida uma ferramenta valiosa por permitir que o contexto social e a vida individual se correlacionem a todo instante, pois é o pesquisado (narrador) é quem diz como narrar, ainda que o tema seja escolhido pelo pesquisador (QUEIROZ, 1988).

A história de vida permite o conhecimento da subjetividade do sujeito a respeito do tema proposto, pois consegue obter detalhes importantes através das informações trazidas pelo indivíduo. Valoriza também todo processo da teoria e prática, respeitando o contexto histórico-social que o pesquisado está inserido, compreendendo a dinâmica das relações sociais e a confiabilidade das informações passadas.

Neste trabalho foi realizado a história de vida com duas pessoas que relataram suas experiências enquanto pacientes internadas com doença cardíaca e como sendo acompanhantes de outras pessoas. Foram feitas várias abordagens, sendo os locais escolhidos pelas pesquisadas - a residência de ambas, com autorização da gravação de todo o diálogo. No decorrer da história de vida, foram apresentadas fotos das internações e diário de anotação sobre a rotina no hospital de uma das entrevistadas, que também embasaram o relato.

No que diz respeito à análise dos dados coletados, serão interpretados a partir das discussões teóricas acerca da importância da permanência do acompanhante hospitalar, fundamentada através do olhar crítico sobre a Política Nacional de

Humanização, a Lei do acompanhante (nº 106/2009) e a visão do acompanhamento como sendo apenas um direito ou concessão.

#### **4.2- PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA**

A pesquisa de campo se deu a partir da história vida de duas usuárias. Uma usuária já ficou internada devido às doenças cardíacas e a outra foi acompanhante hospitalar. Seus nomes não serão revelados, e por isso, utilizaremos nomes fictícios, ANA e LÍVIA. Os relatos da história de vida de ambas ocorreram em dias alternados, ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Para que a história de vida tenha como objetivo resgatar a visão do acompanhante e do paciente sobre a importância da permanência do acompanhante hospitalar, esta será analisada a partir de algumas questões, em destarte: *definição do acompanhante para o pesquisado; como se deu a presença do acompanhante hospitalar; a responsabilização da família na internação hospitalar; regras e normas do hospital e relacionamento com a equipe multiprofissional.*

Todas as questões supracitadas serão analisadas a partir do embasamento teórico da Política de Humanização, Lei do acompanhante (nº 106/2009), Carta aos Usuários da Saúde e a participação social no âmbito da saúde, de acordo com os relatos transcritos das histórias de vida, trazidas pelas entrevistadas.

Com relação ao contexto de vida das usuárias pesquisadas, temos:

- Ana, com 55 anos de idade. Casada oficialmente, mas na prática não convive com marido, estão separados há mais de 15 anos. Tem uma filha de 25 anos de idade já casada. Funcionária Pública Federal aposentada, ajuda no sustento da família. Reside com os pais idosos (mãe tem 74 anos de idade e o pai 79 anos de idade) e com a irmã que tem 53 anos. Seus pais recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e sua irmã trabalha em um escritório de transportadora de mudanças. Têm mais três irmãos também que moram em outros Estados. Com relação a renda familiar bruta não quis informar. Já ficou

internada em dois grandes Hospitais<sup>13</sup> em Salvador, para cuidar de doença cardíaca. Vale destacar que esses Hospitais atendem a modalidade particular e planos de saúde, mas também são conveniados para atenderem pelo SUS algumas especialidades, e no seu caso foi atendida pelo Sistema Único de Saúde.

- Lívia, com 30 anos de idade, reside com o marido e no momento não trabalha, mas estuda na Universidade Federal da Bahia, o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades- período Noturno. O sustento da família é proveniente da renda do marido que trabalho como auxiliar administrativo e também não quis revelar o valor bruto. Não tem irmãos e considera sua família bem pequena, já que muito dos seus primos e parentes não residem em Salvador. Nunca ficou internada, mas já foi acompanhante de sua mãe e diz que foram dias complicados para ela, e a partir desse momento que ela conseguiu perceber a importância do acompanhante hospitalar para pacientes cardíacos.

Com os relatos das histórias de vida de Ana e Lívia, percebeu-se algumas lacunas sobre definição do acompanhante hospitalar, tanto com relação a legislação e o entendimento das pesquisadas. Na legislação (Lei nº 106/2009) que discorre sobre o acompanhante não define o que é ser acompanhante, não informa quais são as atividades realizadas por eles, apenas aborda a questão do direito ao acompanhante para alguns seguimentos populacionais, como, idosos, crianças, parturientes e pessoas com deficiência.

Quanto à definição do que é ser acompanhante para as pesquisadas, obtivemos as seguintes respostas:

"Acompanhante é uma pessoa que tenha equilíbrio emocional e que transmita conforto, segurança e apoio emocional para o paciente. De preferência conviva com o paciente, que tenha conhecimento do comportamento e dos problemas de saúde da pessoa internada e que seja uma pessoa capaz de acompanhar a evolução do quadro da doença do paciente e que saiba repassar essas informações a equipe médica hospitalar. Que ajude no suporte de suas necessidades pessoais, como banho, refeições, entre outras. Que também seja capaz de receber o boletim médico e repassar para familiares e amigos. Além de ser uma pessoa de iniciativa, de atitude, que ela seja bastante observadora em todos os sentidos e que a partir dessa observação possa contribuir com sugestão construtivas para melhorias e os benefícios de todos." (ANA)

---

<sup>13</sup> Hospital Sagrada Família e o Hospital Santa Izabel

"Fui acompanhante da minha mãe durante alguns dias que ela ficou internada para tratar de um problema que teve no coração e percebi que acompanhante é aquela pessoa que deve dar apoio emocional a todo instante, deve cuidar e auxiliar no que for preciso, ajudar na alimentação, banho, distração e motivar a melhora do paciente." (LÍVIA)

Essas definições confirmam o que o artigo "Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados" de Prochnow et al (2009) define sobre o acompanhante hospitalar, afirmando que:

[...] todo e qualquer indivíduo que de forma voluntária ou remunerada permanece junto do paciente por um período de tempo consecutivo e sistemático, proporcionando companhia, suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em prol do paciente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde. É extremamente eficaz a permanência do acompanhante no período de internação no que diz respeito ao apoio emocional e segurança que pode proporcionar ao paciente, pois a presença de um membro da família representa o contato com o mundo exterior confirmando ao paciente sua própria existência, garantindo o elo com sua rede social. Além disso, o acompanhante desempenha outro importante papel no sentido de potencializar a adesão do paciente ao tratamento. (p.12)

O acompanhante passa ser uma forma também de acolhimento ao usuário internado, uma ponte de apoio emocional, transmitindo segurança para o desenvolvimento do processo de tratamento da doença, juntamente com a equipe multiprofissional, além de ajudar na realização das atividades básicas durante o internamento. Sendo o acolhimento uma das principais diretrizes da Política de Humanização, pois estabelece um processo constitutivo das práticas e promoção da saúde. Por que então não permitir a permanência do acompanhante hospitalar para todos pacientes sem exceção, já que reconhece a necessidade e a importância do acompanhamento hospitalar? Fica esse questionamento.

A Política de Humanização supõe que a humanização aconteça a partir da troca de saberes dos profissionais de saúde, pacientes e familiares. E como proposta para essa interação, propõe a visita aberta considerada como o "[...] acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente" (BRASIL, 2007, p. 3). Sendo sua base conceitual vista a partir da perspectiva da clínica ampliada, na qual enfatiza a autonomia do sujeito para além da doença, afim de produzir

saúde e melhores condições de vida, deixa de lado a permanência integral do acompanhamento hospitalar, mas entende que é um componente importante para consolidação da visita aberta e da própria importância do acompanhamento hospitalar.

Outro elemento relevante oriundo a partir das histórias de vida das pesquisadas é com relação a presença do acompanhante no contexto hospitalar. Segundo o relato de Ana, observa-se:

"Como paciente, fiquei internada duas vezes. A primeira para fazer um cateterismo (Hospital Sagrada Família em outubro de 2015) e a segunda (Hospital Santa Izabel em setembro de 2016) para investigação de dor torácica.

No caso do Cateterismo, só é exigido acompanhante para realização do exame. Após o término do exame, fui levada até a enfermaria para ficar de repouso. Fiquei deitada por doze horas, não podia me mexer pra nada. Só tive alta com quase 48 horas depois do exame. E o pior sem acompanhante por causa da minha idade. Reconheço o esforço dos profissionais de saúde, porém é difícil para eles atender com rapidez o chamado de um paciente, numa enfermaria com vários leitos. São chamados para colocar uma aparadeira, para ir ao banheiro, para verificar reação alérgica como aconteceu comigo, soro quando acaba ou quando para de pingar, suspender ou baixar uma cama, auxiliar nas refeições, etc.

Pela experiência que tive como paciente, observei o quanto é importante a presença de um acompanhante. Não somente para dar esse suporte, como também apoio emocional e que por outro lado tranquiliza também a família sabendo que tem alguém por perto para acompanhar seu ente querido.

No caso da segunda internação para investigação de dor torácica, suspeita de infarto, fiquei internada 11 dias. Durante sete dias fiquei internada na UTP- Unidade Transitória de Pacientes. Nesta Unidade, o paciente fica aguardando vaga na Enfermaria e enquanto essa vaga não é liberada, o paciente vai fazendo todos os exames necessários. Na UTP a presença do acompanhante era obrigatória independente de idade, porém o acompanhante não tinha direito a refeição. Infelizmente o acompanhante do paciente adulto é relegado ao segundo plano.

Não consigo entender porque no mesmo Hospital tem regulamentos diferentes. E como um acompanhante pode acompanhar um paciente sem ter direito a alimentação apenas porque o paciente não tem idade permitida por lei para ter direito a acompanhante. Ao meu modo de ver, o acompanhante não pode se ausentar para deixar o paciente sozinho. Mas, nesse caso ele vai precisar sair para fazer suas refeições fora, pois não é permitido entrar com alimentos no ambiente hospitalar. E ainda tem outro fator agravante que é a questão financeira. Será que o acompanhante ou até mesmo o paciente está em condições de arcar com essas despesas? O que pode acontecer, é o acompanhante não se alimentar bem, pular refeições, ficar com baixa imunidade e adoecer também.

Depois fui transferida para a Enfermaria e lá não era permitido acompanhante por causa da minha idade. Esses quatro dias que fiquei na Enfermaria sem acompanhante, foram terríveis, pois tenho pavor ficar sozinha em casa, pior ainda em um Hospital. Teve um dia que não tinha nenhum paciente na Enfermaria e eu comecei a ficar ansiosa, pressão subiu só em saber que ia

dormir sozinha sem um acompanhante. Conversamos com o serviço de enfermagem e liberaram para minha irmã dormir comigo naquela noite. Por sorte no dia seguinte, chegou uma paciente que tinha feito um cateterismo e por coincidência, da mesma idade da minha, e sem direito a acompanhante também. Ficamos amigas, pois como ela não podia se mexer pra nada, eu ajudava a dar a alimentação dela e na medida do possível em outras coisas quando ela precisava. Duas pacientes da mesma idade, precisando de cuidados, repouso e apoio emocional e que por conta de lei e regulamentos, não podiam ter acompanhantes.

Lembro que tinha um exame pra fazer e só poderia me alimentar até certo horário naquele dia. Deitei e dormir e não vi a hora que meu almoço chegou, e ninguém me chamou. Nem o pessoal do serviço de enfermagem nem a moça que traz a refeição. Por sorte minha isso aconteceu quando essa paciente do cateterismo tinha acabado de chegar no quarto acompanhada pelo esposo (vale lembrar que só foi naquele momento e até o horário de encerrar as visitas que ele ficou acompanhando sua esposa), e foi ele quem me acordou para avisar que meu almoço tinha chegado. Se não fosse ele, naquele dia eu não ia poder realizar o exame. Fiquei muito grata aquele casal pela atitude deles. Quem sabe se fosse outra pessoa se ia fazer o mesmo. Esse e outros momentos me fizeram refletir sobre a importância do acompanhante."

A partir desse relato é que percebemos que a Lei do acompanhante (nº 106/2009) não agrega a todos os sujeitos sociais, e esses ficam a mercê das regras e das normas impostas pelos hospitais. Na própria Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde, existe a identificação de uma "brecha" para que isso ocorra, pois informa no artigo 4º, inciso VI, que o direito ao acompanhante está previsto nos casos de internação, de acordo com a lei e para aqueles que a autonomia esteja comprometida, mas essa parte é o hospital que vai liberar ou não.

No caso de Ana mesmo, para realizar o exame liberou o acompanhante, depois no período da observação que ela precisa de mais auxílio, proibiu. Como entendemos essa lógica imposta pelo hospital? O direito ao acompanhamento hospitalar está diretamente ligado ao direito à saúde. Sabemos que grandes são os desafios e obstáculos para por em prática os princípios e diretrizes da política de saúde no Brasil, mas a garantia do direito à serviços de saúde de qualidade de forma integral e universal devem estar asseguradas independentes de qualquer objeção. E ainda, se faz necessário se repensar sobre a importância do acompanhante hospitalar para todos os usuários dos serviços de saúde, como sendo uma forma de direito e não de concessão por parte dos hospitais.

Quanto a questão da responsabilização da família na internação hospitalar, veremos a partir do relato de Lívia:

"Em 2014, minha mãe precisou ficar internada (Hospital Santa Izabel) para investigar uma dor abdominal e posteriormente fez cirurgia. Na ocasião ela estava com 71 anos. Fiquei como acompanhante durante 14 dias, pois o hospital obrigava permanência do acompanhante por causa de sua idade. Como acompanhante de idoso, eu tinha direito ao café, almoço e janta. Nesta Enfermaria, não tinha cadeira reclinável, era cadeira comum. Repousava na cadeira, foi horrível, comecei a sentir dor na coluna, as pernas ficavam inchadas. E quando não aguentei mais, tive que forrar o chão para descansar durante a noite. Compreendo que ser acompanhante implica em restrições e mudanças na sua rotina diária. O que não aceito, é a questão do tipo de cadeira usada nas Enfermarias. Compreendo que o espaço, não dar para colocar uma cama para o acompanhante, mas uma cadeira reclinável sim. Observei também nesse período, cadeira reclinável em algumas Enfermarias, já em outras, apenas cadeira comum. Não consigo entender como um Hospital, que tem como missão garantir a saúde de todos e proporcionar um atendimento humanizado, não se preocupe também com o bem-estar e saúde do acompanhante.

Lembro também que não fui apenas acompanhante de minha mãe, pois durante esses 14 dias, auxiliiei várias pacientes que não tinham direito a acompanhante. Fiz de tudo, levava ao banheiro, aumentava e baixava a cama, auxiliava nas refeições, olhava o soro se estava funcionando, chamava enfermeiras, levava uma palavra de conforto, enfim, foi muito cansativo para mim, mas não tinha outra opção a não ser ajudar ao próximo."

Neste caso foi liberada a permanência do acompanhante hospitalar por conta da idade da mãe de Lívia, que é considerada idosa. Nesses casos e em outros permitidos por Lei, a família é a principal responsável pelo acompanhamento hospitalar. A real responsabilidade deveria ser compartilhada e integrada pelo sistema de saúde, serviços de saúde e dos profissionais, na situação de internação.

Em alguns casos a família passa a fazer funções que deveriam ser dos profissionais da saúde e isso acaba se naturalizando, tornando-se cotidianamente algo normal, como aponta Miotto; Dal Prá (2015):

[...] na Política Nacional de Humanização e no Guia Prático do Cuidador, é possível verificar claramente a naturalização da responsabilidade da família e o uso instrumental da família pela política social, através da ênfase na solidariedade e no cuidado. O cuidado, calcado no amor ao próximo e atitude de humanidade. (MIOTTO; DAL PRÁ, 2015, p. 165).

Essa naturalização decorre por inúmeros fatores, que vai desde a redução do número de profissionais que conseqüentemente limita o atendimento e o cuidado, a precarização das condições de trabalho e principalmente a ausência do Estado, que



deveria através de políticas públicas dar suporte eficaz para a melhoria dos serviços de saúde.

Com relação as regras, normas do hospital e relacionamento com a equipe multiprofissional, as usuárias pesquisadas disseram o seguinte:

"As regras e normas foram ditas algumas pelos profissionais e outras ficavam no mural do corredor da enfermaria, mas não diziam nada sobre a permanência do acompanhante hospitalar. Essa questão foi apenas verbalizada através do dialogo que tive com a enfermeira no meu primeiro dia de internação e mais nada. Na recepção quando alguém ia buscar informação sobre acompanhante, é que diziam se estava liberada ou não a presença do acompanhante". (ANA)

"Em alguns momentos tive a impressão que o acompanhante não parece ser bem visto dentro das instituições hospitalares. Parece que sua presença representa mais a ideia de um fiscal da qualidade dos serviços prestados pela equipe hospitalar, do que de um colaborador e companheiro do paciente. É claro que ele também vai exercer essa função, que é de grande importância, pois através dessa observação participante é que podemos compreender melhor para sugerir por melhoras visando o benefício de todos." (LÍVIA)

Na Carta aos Usuários da Saúde no Art. 7º diz que "toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação", além de prestar informações claras que propiciem a compreensão por toda e qualquer pessoa, sendo que como exposto por Ana, percebe-se que as informações quanto às regras e normas do hospital não estavam de acordo com a Carta, deixando de lado a efetivação de um direito que compete a todo cidadão no âmbito da saúde.

Por isso, é importante que a participação social do usuário nos serviços da saúde, seja através da comunicação das Ouvidorias ou até mesmo da Vigilância Sanitária, dos Conselhos e Conferências de Saúde, como forma de transmitir o que está acontecendo nos serviços saúde, seja para criticar, elogiar, reclamar, solicitar fiscalização, acompanhamento, participação na formulação e execução das políticas públicas de saúde.

Já com relação ao relacionamento com os profissionais de saúde, Lívia explica que muitas das vezes foi vista uma "fiscal". Sendo que na verdade ela estava em busca de garantir um serviço de saúde humanização, acolhedor, de qualidade para sua mãe, sendo este é um direito que lhe assiste. Para ela e Ana o acompanhante (respectivamente):

O acompanhante, normalmente tem alguma influência sobre o comportamento do paciente devido a sua convivência, muitas vezes reside com o paciente e o conhece muito bem. Portanto, vejo o acompanhante como um aliado da equipe médica e da enfermagem, pois é ele quem vai estar também observando a evolução do processo saúde-doença do paciente e dessa forma podendo repassar as informações para toda equipe como também receber o boletim médico e repassar para familiares e amigos. (LÍVIA)

Então, permitir acompanhante, não é um privilégio dado pelos hospitais e sim uma necessidade extremamente eficaz no que diz respeito ao apoio emocional que ele pode proporcionar num momento crítico da vida do paciente, como também auxiliar nos cuidados sob orientação da equipe hospitalar. Por isso, é de grande relevância o papel do acompanhante, pois a sua bondade, capacidade de doação, palavras de conforto, apoio emocional proporcionam satisfação ao paciente e acredito que contribui para recuperação de sua saúde." (ANA)

A partir do relato das usuárias, percebemos que o direito ao acompanhante deve ser concedido a todos, independente da idade, é de fundamental importância a permanência de um acompanhante hospitalar durante o período de internamento, pois este é o vínculo do paciente com o seu contexto social. Além disso, o acompanhante é tido como um elo entre o paciente e a equipe de saúde, sendo esta fonte de informações sobre o estado de saúde do paciente, prognósticos, resultados de exames, auxiliando em suas necessidades pessoais como banho, troca de roupa, ida ao banheiro, pentear cabelo, etc.

O adulto que não se encaixa nos segmentos populacionais regido pela Lei do acompanhante, usufrui do acompanhamento como uma forma de concessão, dependendo das regras estabelecidas pelo hospital ou da necessidade de ter acompanhante por simplesmente suprir o déficit de profissionais de enfermagem, sendo que estes normalmente estão cheios de pacientes para cuidar e muitas das vezes não dão a devida atenção necessária que o paciente merece e depende, esquecendo assim da importância da permanência do acompanhante hospitalar.

É fundamental lembrar, das orientações da Cartilha sobre Visita Aberta e o Direito ao Acompanhante, que se originou da Política Nacional de Humanização (PNH), que aponta para a constituição de um ambiente relacional que viabilize ao paciente a reflexão do sentido e da importância da sua existência neste momento complexo sucedido pela hospitalização, e sendo o acompanhante como fonte de fortaleza e segurança para ajudá-lo a enfrentar esse momento de convalescença.

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou a importância da permanência do acompanhante hospitalar a partir do estudo da metodologia *história de vida*, realizada com duas usuárias pesquisadas que se voluntariaram em participar.

Foi feito todo um embasamento teórico acerca da temática proposta, para entender a discussão sobre a importância do acompanhante hospitalar, a partir da análise da Reforma Sanitária até a criação do Sistema Único de Saúde, além de identificar os instrumentos legais do direito à saúde, como a Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde e a Política Nacional de Humanização. Além da análise da Lei do Acompanhante e as reflexões com relação à definição de família.

Com base nos resultados das análises, percebe-se algumas questões importantes que ocorrem no decorrer de todo processo do acompanhamento hospitalar, como a identificação da definição do que é ser acompanhante; lacunas referentes sobre a responsabilização da família na internação hospitalar, sendo que este processo tem relação com a naturalização que é dada a essa situação, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto por parte do Estado, que deveria ser o principal responsável. Identificou-se também, a ausência de orientação sobre as normas e regras que dizem respeito a permanência e atribuições do acompanhante hospitalar, que deveriam ser demarcadas e visibilizadas através das políticas públicas do âmbito da saúde.

Por fim, conclui-se a necessidade e importância da permanência do acompanhante hospitalar, uma vez que este é considerado como um elo entre o contexto social do paciente internado e o contexto hospitalar, além de ajudá-lo a realizar atividades para sua própria reprodução, tais como: alimentação, banho, necessidades físicas etc. Para além, este é tido também como um suporte de apoio emocional, que ajuda no processo de doença/cura.

Todas as questões suscitadas requerem amplas reflexões e debates na esfera da Política de Saúde no Brasil, sendo o acompanhamento hospitalar um direito que deve ser concedido a todos os cidadãos e não apenas a alguns segmentos populacionais ou em forma de concessão.

## 6- REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima. Gênero e família na construção de relações democráticas. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. **Casal e família: permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 9-23.

BERCLAZ, Márcio. Quem conhece a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”? Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2015/04/20/quem-conhece-a-carta-dos-direitos-dos-usuarios-da-saude/>> acesso em: 20 de março de 2017

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. 2006. Disponível em <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade\\_social\\_no\\_brasil\\_conquistas\\_e\\_limites\\_a\\_sua\\_efetivacao\\_-\\_boschetti.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf)>. Acesso em 01 de mar. de 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Seção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1988, art. 196, p. 132-133.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção I, p. 1, 8 abr. 2005a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção I, p. 13563, 16 jul. 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção I, 3 out. 2003.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 106/2009, de 14 de setembro de 2009. Dispõe sobre o acompanhamento hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. Serv.soc, São Paulo, n.109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BRAVO, Maria Inês. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ\DEPEXT\NAPE, 2001.

CORRÊA, Mariza. Repensando a família patriarcal brasileira: notas para o estudo das formas de organização familiar no Brasil). **Caderno de pesquisa**, São Paulo (37), p. 5-16 Mai 1981.

COSTA, Wildce da G. A.; MAEDA, Sayuri T. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 15-29, jan/abr. 2001.

Dicionário Aurélio Online. In: TRANSVERSAL. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/transversal>>. Acesso em: 20 de março de 2017.

JOSSO, M.C. Caminhar para si. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. In: História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; p. 323-363, 2012.

IAMAMOTO, M. V. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MARCASSA, Luciana. A origem da família, da propriedade privada e do Estado – Frederich Engels (resenha). Revista de Educação da Anhuera Educacional (SARE). Vol. 09, n. 09, 2006 pp. 85-90

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

MIOTO, R. C. T. Família e serviço social. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 55, 1997.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). Familismo, direito e cidadania: contribuições da política social. São Paulo: Cortez, 2015. p. 147-178.

NORONHA, José C.; SOARES, Laura T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7014.pdf>> Acesso em: 05 maio 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASCHE DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Rev Saúd Púb Santa Catarina, 2008.

PROCHNOW AG et al, SANTOS JLG, PRADEBON VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009, p.11-18.

QUEIROZ, M.I. (1988) Relatos orais: do “indizível” ao “dizível” . In: VON SIMSON (org.) Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil. São Paulo: Vértice.

SANCHES, I. C. P. et. al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? Ciências e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, 2013.

SARDENBERG, Cecília. E a família como vai? Reflexões sobre mudanças nos padrões de família e no papel da mulher. UFBA: Salvador, 1997

THIOLLENT, M.J.M. (1982) Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária. São Paulo: Polis.