



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

**A CONTRIBUIÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE
HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÕES SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL**

EDICÉLIA DA SILVA DE ALMEIDA

Salvador
2021

EDICÉLIA DA SILVA DE ALMEIDA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE
HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÕES SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL**

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.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha de Miranda

Salvador
2021

EDICÉLIA DA SILVA DE ALMEIDA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE
HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÕES SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL**

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.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha de Miranda

Aprovado em 30 de novembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1

Examinador 2

Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha
(Universidade Federal da Bahia - UFBA)
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Pai dos céus, por ter me mantido na trilha certa durante este trabalho de conclusão de curso com saúde e forças para chegar até o final.

Agradeço ao meu esposo Jadson, à minha filha Kelly Vitória e ao meu filho Jonathas por todo o amor incondicional e por estarem sempre presentes nos momentos difíceis.

Agradeço ao meu pai Acélio (*in memorian*) e minha mãe Eugênia, por todo o esforço investido na minha educação e pelos ensinamentos que me fizeram superar os obstáculos que a vida me apresentou.

Agradeço a minha irmã e aos meus irmãos, que de alguma forma também contribuíram para que o sonho da faculdade se tornasse realidade.

Agradeço a minha orientadora, professora Valéria, pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu trabalho. Obrigado por me manter motivada durante todo o processo.

Agradeço a todos meus colegas e amigos que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

Agradeço a todos os profissionais e funcionários do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) pela atenção e apoio que foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Por fim, ao Colegiado de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia e a todos os docentes do meu curso pela elevada qualidade do ensino oferecido.

“É preciso alimentar os sonhos e concretizá-los
dia-a-dia no horizonte de novos tempos
mais humanos, mais justos, mais solidários.”

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso - TCC propõe discutir o direito à permanência do acompanhante hospitalar para todos os pacientes internados, a partir de uma análise metodológica sob a ótica do Serviço Social, considerando a vivência de assistentes sociais na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa partiu da problematização analisando se essa presença contribuiria no tratamento, considerando as conquistas e desafios do sistema único de saúde (SUS) frente a ameaça de perda de direitos à vista de regimes conservadores. Diante da temática proposta, foi realizado um embasamento teórico, perpassando sobre a Reforma Sanitária, a constituição do SUS e os direitos dos usuários em tempos de governos ultraneoliberais. Com base nos resultados da pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória, foram identificadas algumas questões relevantes: a proteção da saúde depende sobretudo das decisões políticas, sendo que a participação ativa da sociedade é o elemento mais importante para garantir a melhoria da saúde no país. Além disso, os desafios para a absorção do acompanhante ao paciente em ambiente hospitalar não podem ser fator limitador ou impeditivo para tal iniciativa face às suas contribuições ao processo. Por fim, concluímos que o direito ao acompanhante deve ser estendido para todos os cidadãos como princípio basilar para proteção, amparo e salvaguarda da vida humana.

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

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- ABESS** — Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
- ADAPS** - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
- ANAS** - Associação Nacional de Assistentes Sociais
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CAPs** - Caixas de Aposentadoria e Pensões
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- DOU** - Diário Oficial da União
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- FUNRURAL** - Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- IPASE** - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
- LBA** - Legião Brasileira de Assistência
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- RSB** - Reforma Sanitária Brasileira
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - organização sanitária no Brasil da colônia à república	13
---	----

TABELAS

Tabela 1- Caracterização sócio demográfica referente à idade dos assistentes sociais entrevistados	37
Tabela 2- Caracterização sócio demográfica referente ao sexo dos assistentes sociais entrevistados	38
Tabela 3- Caracterização sócio demográfica referente ao tempo de atuação na área de Serviço Social dos assistentes sociais entrevistados	39
Tabela 4- Como ocorre a participação do acompanhante em processos de hospitalização de acordo com a observação dos assistentes sociais entrevistados	41
Tabela 5- Percepção do assistente social sobre a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização	43
Tabela 6- Desafios para a inserção do acompanhante e sua contribuição no processo de hospitalização, sob a ótica do Serviço Social	46

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	09
2.	DIALOGANDO SOBRE A REFORMA SANITÁRIA, A CONSTITUIÇÃO DO SUS E OS DIREITOS DOS USUÁRIOS EM TEMPOS DE GOVERNOS ULTRANEOLIBERAIS	12
2.1	A IMPORTÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA, O DIREITO À SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DO SUS	12
2.2	OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE GOVERNOS ULTRANEOLIBERAIS	19
2.3	COMO FICAM OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS NO ATUAL CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE?	21
3.	OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS E A PRESENÇA DOS ACOMPANHANTES EM UNIDADES HOSPITALARES: PELAS LENTES DO SERVIÇO SOCIAL	23
3.1	APRESENTANDO A CARTA DOS USUÁRIOS DO SUS E SUA RELEVÂNCIA PARA ASSEGURAR DIREITOS	23
3.2	O DIREITO AO ACOMPANHANTE EM UNIDADES HOSPITALARES: INSTRUMENTOS LEGAIS, SUAS POSSIBILIDADES E LIMITES	25
3.3	PELAS LENTES DO SERVIÇO SOCIAL: O ENTENDIMENTO DA PROFISSÃO SOBRE O DIREITO AO ACOMPANHANTE E DESAFIOS NO ÂMBITO DO TRABALHO PROFISSIONAL	29
4.	A PESQUISA DE CAMPO E SEUS RESULTADOS	34
4.1	O PROCESSO METODOLÓGICO	34
4.1.1	Tipo de pesquisa e metodologia utilizada	34
4.1.2	Coleta e tratamento dos dados	35
4.1.3	Limitações do Método	36
4.2	PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
	APÊNDICE A	54

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo verificar a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização: percepções sob a ótica do serviço social.

O presente tema abordado surgiu do despertar da minha própria experiência durante o período de acompanhamento a pacientes internados a partir das observações decorrentes do estágio supervisionado, quando verificamos a necessidade de acolhimento dos pacientes internados ao tratamento, como forma de terem uma melhor qualidade de vida, visto que, ao ser retirado de seu habitat natural, de sua residência, o indivíduo encontra no hospital um ambiente completamente diferente do seu dia-a-dia, onde normas e rotinas rigorosas passam a controlar sua conduta no novo ambiente e a determinar suas ações, podendo dar origem a um sentimento de insegurança emocional, agravado pela percepção de sua fragilidade e impossibilidade de controle da situação. De acordo com o documento da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Carta de Ottawa, 1986)”.

Com o crescente aumento das doenças crônicas degenerativas, o tempo de internação dos pacientes tem-se prolongado e os cuidados com sua saúde trazem à tona discussões acerca da importância da inserção de acompanhantes nesse cuidado ao doente. Algumas normas legais já determinam a presença do acompanhante, tais como a Lei 11.108/2005 que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei nº 10.741/ 2003 que assegura a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados, a Lei. 8.069/90 que dá o direito a um acompanhante em tempo integral a crianças e adolescentes internados e a Lei 13.146/2015 que assegura o direito a acompanhante à pessoa com deficiência internada ou em observação. Ademais, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 4996/2016 que dá direito a acompanhante para todos os usuários de serviços de saúde públicos ou privados, como hospitais e clínicas, pelo tempo da internação ou atendimento.

Além do aspecto legal, considerando-se a relevância da aproximação da equipe de Serviço Social dos acompanhantes dos pacientes, trabalha-se na perspectiva do desenvolvimento do processo educativo pelos assistentes sociais no cenário hospitalar, tendo em vista que durante o processo de hospitalização, o profissional terá a oportunidade de estar desenvolvendo atividades junto aos acompanhantes com o intuito de orientá-los e instrumentalizá-los para os cuidados, mediante abordagens individuais e coletivas. Essa abordagem no decorrer da hospitalização pode contribuir tanto no processo de internação como no cenário domiciliar pós-internação, evitando reinternações.

Desse modo, ao abordar a inserção do acompanhante e sua contribuição no processo de hospitalização, sob a ótica do Serviço Social, este estudo justifica-se pela significância da investigação de pesquisas realizadas no sentido de fomentar a reflexão da dinâmica que se estabelece em torno do adoecimento e a orientação que pode ser prestada pelo assistente social nas relações interpessoais com os acompanhantes. Estudos nesta temática no enfoque do Serviço Social são escassos, daí os resultados desse trabalho poderão servir de base e contribuir com a ampliação da discussão sobre a permanência de acompanhantes junto aos doentes hospitalizados.

Diante do exposto, surge a seguinte problematização: A partir da vivência do profissional de Serviço Social, a presença do acompanhante durante a hospitalização contribui no tratamento ao paciente devendo ser estendida como direito a todos os cidadãos, considerando as conquistas e desafios do sistema único de saúde (SUS) frente a ameaça de perda de direitos em tempos de governos ultraneoliberais?

Quanto aos objetivos deste estudo, pode-se dizer que a pretensão é verificar a importância do acompanhante no processo de hospitalização do paciente; identificar os direitos dos pacientes como usuários do SUS, as possibilidades de atuação do profissional de Serviço Social em relação à permanência do acompanhante do paciente hospitalizado; e, compreender a participação do acompanhante em processos de hospitalização, a percepção dos assistentes sociais sobre a contribuição do acompanhante nesse processo e os desafios para a inserção do acompanhante.

Para tal propósito o trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo é a “introdução”; o segundo capítulo será sobre “Dialogando sobre a Reforma Sanitária, A Constituição do SUS e os Direitos dos Usuários em Tempos de Governos Ultraneoliberais”; e o terceiro capítulo será sobre “Os Direitos dos Usuários do SUS e a Presença dos Acompanhantes em Unidades Hospitalares: Pelas Lentes do Serviço Social”.

No que se refere a pesquisa, se caracteriza como uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória. A abordagem é qualitativa visando identificar as contribuições do acompanhante no processo de hospitalização, a partir de uma percepção sob a ótica do Serviço Social. Para tanto, foi utilizada uma amostra por saturação, sendo entrevistados 13 assistentes sociais que atuam no campo da saúde no município de Salvador, a fim de compreender melhor o objeto de estudo. Como metodologia de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, e os dados foram tratados pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN,1977).

Em relação às contribuições científicas, este estudo poderá promover a sistematização de resultados visando a elaboração de programas e protocolos de intervenção do assistente social, o que permitirá refletir sobre as estratégias a serem utilizadas no contexto hospitalar junto aos acompanhantes de pacientes internados.

Para terminar, abordaremos 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. DIALOGANDO SOBRE A REFORMA SANITÁRIA, A CONSTITUIÇÃO DO SUS E OS DIREITOS DOS USUÁRIOS EM TEMPOS DE GOVERNOS ULTRANEOLIBERAIS

No contexto da história da saúde no Brasil, o processo de reforma sanitária, ocorrido nos anos 80, e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) estão entre os temas mais estudados. De acordo com Paiva & Teixeira (2014, p.12):

A relevância desse evento para a proteção social e para a saúde pública brasileira, a identificação do processo de mudanças com a luta pelo retorno ao regime democrático; o fato de alguns de seus artífices mais importantes terem ocupado posições centrais nas instituições acadêmicas de saúde coletiva e cargos-chave na área das políticas de saúde ajudam a compreender a grande produção acadêmica sobre o tema.

Outrossim, se tem observado, amplamente, que os direitos sociais, bem como as democracias, estão em recuo neste início de século, não só no Brasil, mas em vários países do mundo. Neste contexto, a defesa das políticas sociais universais implica, conseqüentemente, na defesa de um projeto de sociedade igualitária e democrática, distante de pressupostos totalitários impregnados na nova investida do neoliberalismo, que evidencia a direção autoritária do capitalismo hoje.

Portanto, dialogar acerca da historiografia da Política de Saúde no Brasil, dos antecedentes da ação estatal aos dias atuais, articulando-a às determinações sócio-históricas, é fundamental na atual conjuntura nacional, onde se vê uma ofensiva conservadora às políticas sociais, em particular ao SUS, a maior política social que já existiu em nosso país.

2.1 A IMPORTÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA, O DIREITO À SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DO SUS

Paim (2015, p. 20) compreende que:

É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos modifica-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. Conhecer um pouco da história da organização sanitária no Brasil é importante para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Esse conhecimento deve contribuir para que não reproduzamos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conquistamos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocesso. Dessa forma, é possível educar permanentemente os novos sujeitos que farão avançar a Reforma

Sanitária Brasileira (RSB) e construir um sistema de saúde mais digno para a nossa população.

Nesse diapasão, o infográfico abaixo mostra a organização sanitária no Brasil da Colônia à República:

FIGURA 1 – ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL DA COLÔNIA À REPÚBLICA



Fonte: construção da autora baseada em Paim (2015)

Do período do descobrimento, passando pelo império, até a proclamação da República, observamos que o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde. Havendo muitos boticários e curandeiros exercendo uma medicina liberal e santas casas desempenhando a filantropia. Com a chegada da família real, ocorreu um controle sanitário mínimo com o saneamento da capital, controle de navios e saúde nos portos. Com o fim do império, a organização sanitária precária não conseguia enfrentar adequadamente as doenças pestilenciais e atender a toda a população brasileira (PAIM, 2015).

Conforme Bertolli Filho (1996, p.16):

“Durante a República Velha (1889-1930) o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia, dando aos fazendeiros paulistas grande poder de decisão na administração federal. (...) Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX.

Na perspectiva de Bertolli Filho (1996), as oligarquias da Velha República buscaram nas ciências da higiene as soluções para melhorarem as condições sanitárias das áreas vitais (as cidades e os portos) para o desenvolvimento econômico e para a economia nacional. Segundo o autor, o meio rural estava relegado a “um sombrio segundo plano” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 16). Assim, os primeiros laboratórios de pesquisa médico-epidemiológicas do país, foram: o Serviço Sanitário Paulista (1892), se tornou referência na prevenção e combate às enfermidades, inspirando outros estados. Esse Serviço fiscalizava as ruas, casas, fábricas, estábulos, etc. O registro dos casos de doenças infectocontagiosas tornou-se, então, obrigatório. Também se estabeleceu que apenas os médicos diplomados poderiam exercer a medicina. Portanto, a Polícia passou a punir curandeiros que atendiam enfermos mais pobres. Bertolli Filho se refere a esse período de 1889 a 1930 como “a era dos institutos”, numa referência aos institutos médico-epidemiológico e soroterápicos criados no país a partir da República Velha.

Paim (2015, p. 21) diz que prevalecia neste período “uma concepção liberal de Estado segundo a qual cabia a este a responsabilidade de intervir apenas nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder”.

Não havia um Ministério da Saúde, as ações eram eventuais e voltadas para doenças específicas como as campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna e Barros Barreto, entre outros. A realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas das ações realizadas se inspiravam no que se denomina polícia sanitária. Nota-se, dessa maneira, que a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social (PAIM, 2015).

Bertolli Filho (1996) discorre que a oposição ao modo como eram feitas as campanhas pode ser evidenciada na revolta contra a vacina obrigatória contra varíola em 1904, onde parte da população, liderada por um grupo de cadetes que eram oposição ao governo, se revoltou acusando o governo de despótico, de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça de bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força. A revolta é reprimida pois a questão saúde ainda era concebida como uma questão policial. Porém, impressionado desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos.

Em 1923, é promulgada a lei Eloy Chaves, que para alguns autores pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. No período entre 1923 e 1930 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados, cabendo ao setor público apenas a resolução de conflitos (Cunha & Cunha, 1998).

Assim, como podemos perceber, no modelo previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde.

Em 1930, através de uma revolução, Getúlio Vargas assume a Presidência da República e, de imediato, procurou livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Assim, Bertolli Filho (1996) afirma que para atingir esse objetivo, ele promoveu uma ampla reforma política e administrativa, afastando da administração pública os principais líderes da República Velha. Getúlio, então, suspende a vigência

da Constituição de 1891 e passa a governar por decretos até 1934, quando o Congresso Constituinte aprovou a nova Constituição:

As dificuldades encontradas para governar democraticamente a nação levaram o presidente Vargas a promover uma acirrada perseguição policial a seus opositores e aos principais líderes sindicais do país, especialmente a partir de 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo. Durante todo o seu governo — que durou até 1945 —, Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas”, pelas quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela “bondade” do presidente (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 30).

Para Cunha & Cunha (1998), em relação às ações de saúde coletiva, essa é a época do auge do sanitarismo campanhista. Quanto à política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivou dar um caráter nacional a esta política. Nessa época, foi criado o Ministério do Trabalho, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do país e houve um relativo avanço da atenção à saúde para o interior, com a multiplicação dos serviços de saúde. Portanto, segundo Paim (2015, p. 22), há estudos que reconhecem, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao poder público: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária, os quais, desde as suas origens, percorreram caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas.

No período da redemocratização (1945-1964), mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Os presidentes da República continuaram a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas mais a firmar sua imagem como ‘pais do povo’ do que a resolver de fato os grandes problemas da população (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 39).

Nos anos 60, a Guerra Fria¹ se intensificou e esse contexto gerou grandes mudanças sociais e políticas no Brasil, conforme atestam Paiva & Teixeira (2014, p. 17):

¹ Guerra Fria foi um período de tensão geopolítica entre a União Soviética e os Estados Unidos e seus respectivos aliados, o Bloco Oriental e o Bloco Ocidental, após a Segunda Guerra Mundial. Considera-se geralmente que o período abrange a Doutrina Truman de 1947 até a dissolução da União Soviética em 1991 (fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Guerra_Fria. Acessado em 10/06/2021).

Em 1964, menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático, um golpe militar deu início a um novo regime de exceção no país. Prometendo reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em curto espaço de tempo, os militares acabariam permanecendo no poder por mais de vinte anos. Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista.

Paim (2015, p. 24), esclarece que:

O sistema de saúde brasileiro tendia cada vez mais a se assemelhar com a medicina americana. Havia uma multiplicidade de instituições e organizações — estatais e privadas — prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção ou com serviços de baixa qualidade.

Em 1975, foi sancionada a Lei nº 6.229 que criou Sistema Nacional de Saúde e a Lei nº 6.259 que criou o Sistema de Vigilância Epidemiológica, sendo implementados diversos programas especiais de controle de doenças e de atenção a grupos prioritários, como o materno-infantil. Em 1977, no âmbito de medicina previdenciária, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), incorporando o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) que, junto com o Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sucedeu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), oferecendo serviços de saúde para amplos contingentes da população (Paim, 2015).

Nessa conjuntura, foi organizado o chamado movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde, para enfrentar os imensos problemas e democratizar a saúde no Brasil. Composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, é proposta a Reforma Sanitária e a implantação do SUS (Paim, 2015, p. 24).

BRAVO (2009, p. 8) indica que os personagens desse contexto, foram:

[...] os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates

no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

De acordo com Bertolli Filho (1996, p. 63):

Um dos principais produtos desse movimento foi a elaboração de um documento intitulado Pelo direito universal à saúde, que sublinha a necessidade de o Estado se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população. Nesse texto, afirma-se com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado.

Bravo (2009, p. 8) ainda destaca que as principais propostas debatidas foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

A autora (IBIDEM) expõe, ainda, que fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal (BRAVO, 2009, p. 9), onde diversos assuntos e proposições para a RSB foram discutidos e sistematizados por cerca de 5 mil participantes.

Assim, criado pela Constituição de 1988, e regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema. No entanto, Paim (2015) observa que:

Ao apresentar o documento “A questão democrática na área da saúde” no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, o CEBES formulou, pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação. Desse modo, tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas do SUS.

Uma vez que as propostas para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nasceram da sociedade e alcançaram o

poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (Paim, 2015).

2.2 OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE GOVERNOS ULTRANEOLIBERAIS

A falta de coordenação e sintonia entre sistema de formação de recursos humanos no país e as necessidades epidemiológicas e de atenção à população, sentida nos serviços de saúde, se constituem, atualmente, em uma das questões imperiosas e urgentes a ser enfrentadas para o bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro contemporâneo.

Para Paiva & Teixeira (2014, p. 26):

Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade –, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social. A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise.

Os setores progressistas da Saúde consideram que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo esse o desafio que deveria ser viabilizado na década de 1990. Porém, nos anos 90, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, com grandes ataques ao texto constitucional (BRAVO, 2009, p. 13).

Deste modo, segundo a autora (IBIDEM), a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, “tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”.

Para Paim (2015, p. 81), nos dias atuais, ainda é difícil indicar, em termos absolutos, princípios e diretrizes efetivamente cumpridos. No entanto, reconhece que, nas últimas décadas, foram dados passos importantes para a participação social e a universalidade. Em relação à equidade e à integralidade, os passos foram mais tímidos. Segundo ele, dentre os desafios, destacam-se a universalização, o financiamento, o modelo institucional, o modelo de atenção, a gestão do trabalho e a participação social.

Contudo, atualmente, está em voga o projeto da Reforma do Estado ou Contrarreforma, que parte do suposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. Desta maneira, o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

Bravo e Pelaez (2020, p. 193) compreendem que, a partir do governo ilegítimo de Temer, a proposta da Contrarreforma tem sido implementada no Brasil, num ritmo acelerado, pois:

O SUS é fruto das disputas entre projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988. Disputas que podem tencionar a política de saúde no sentido da consolidação e fortalecimento do SUS ou na direção oposta.

O governo Bolsonaro afirma de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde, o que pode ser avaliado positivamente. Porém, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do sistema e seu componente público e estatal. Deste modo, para Bravo e Pelaez (2020, p. 200), a primeira afirmação o diferencia do ministro Barros, no governo Temer, para o qual o SUS não cabia na Constituição, mas a defesa de um setor privado forte e a não ampliação de recursos orçamentários o aproximam deste.

Em 27 de outubro de 2020, em pleno enfrentamento à pandemia do Covid19², o Governo Federal publicou no Diário Oficial da União (DOU) um decreto assinado pelo presidente da República, Jair Bolsonaro, e pelo ministro da Economia, Paulo Guedes, autorizando a equipe econômica a preparar um modelo de privatização para Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS). No dia seguinte (28/10/2020), após rejeição geral, o presidente revogou o decreto que abria caminho para privatizar SUS³.

Para Bravo, Matos & Freire (2020, p. 142), no governo Bolsonaro:

[...] o ataque ao SUS continua mais acelerado com questionamentos e ameaças a sua gratuidade e universalidade; anúncio da desvinculação de recursos para a saúde, entre outros. Em 2020, em plena pandemia do novo coronavírus, foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) que aprofunda a precarização do trabalho em saúde e promove a terceirização da rede de atenção primária à saúde, com modelo de gestão semelhante às Organizações Sociais.

Certamente, o contexto de enfrentamento da Covid19 suscitará novos estudos o SUS e os limites de suas respostas às necessidades em saúde neste contexto dos governos ultraneoliberais – Temer e Bolsonaro -, onde o setor privado passa a ter uma proeminência na área da formulação da política de saúde brasileira, relacionando-os ao seu histórico de subfinanciamento e ao processo de privatização em curso há anos.

2.3 COMO FICAM OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS NO ATUAL CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE?

Baseado nos preceitos da constituição (BRASIL, 1988), o SUS tem as seguintes características:

- **Universalidade:** SUS deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não a

² Covid19 (do inglês: Coronavirus Disease 2019, em português: Doença por Coronavírus – 2019) é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 - SARS-CoV-2 (fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/COVID-19> - acessado em 13/11/2021).

³ Fonte: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/28/apos-rejeicao-geral-bolsonaro-desiste-de-medida-que-abria-caminho-para-privatizar-sus>. Acessado em 11/06/2021.

Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento, sabendo-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

- **Integralidade:** Não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.
- **Equidade:** No SUS, todo cidadão é igual, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, tendo o direito de atendimento específico para as suas necessidades, respeitando, também, as demandas de cada localidade.
- **Descentralização:** Significa a distribuição das responsabilidades pelos serviços de saúde em todas as esferas do governo, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, maior a chance de acertos sobre a sua solução.
- **Racionalidade:** O SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços, de acordo com as necessidades da população.
- **Resolutividade:** O Sistema deve ser eficaz e eficiente, produzindo resultados positivos e estando apto para resolver os problemas de saúde que levou a pessoa a utilizá-lo. Ou seja, precisa ter qualidade.
- **Democratização:** Deve ser assegurado o direito de participação de todos os segmentos envolvidos no sistema, isto é, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema – dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde.

É importante salientar que a proteção da saúde depende sobretudo das decisões políticas. A participação ativa da sociedade é o elemento mais importante para garantir a melhoria da saúde no país, através da concretização das intenções as quais serão apenas propostas se não forem efetivadas.

3. OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS E A PRESENÇA DOS ACOMPANHANTES EM UNIDADES HOSPITALARES: PELAS LENTES DO SERVIÇO SOCIAL

É evidente que o SUS tem muitos problemas, mas somente a falta de informação, má-fé, ideologias ou interesse contrário justificaria o não reconhecimento dos seus efeitos benéficos para a população. O SUS, ao invés de ser problema, deve transformar-se em solução (PAIM, 2015, p. 72). Neste sentido, de acordo com Fortes (2004, p. 30) a humanização da atenção à saúde, a partir dos anos 90, passou a ser tratada como política pública, iniciando-se no ambiente hospitalar e, posteriormente, sendo dirigida para todos os níveis de atenção de saúde.

Portanto, se faz necessário compreender como se dá o processo de humanização no acolhimento às famílias de pacientes hospitalizados. Entre os aspectos pesquisados, cabe destacar: a relevância da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde como ferramenta de cidadania para conhecimento dos direitos e deveres no atendimento de saúde; quais são os instrumentos legais, possibilidades e limites do direito do acompanhante em unidades hospitalares; e por fim, a percepção que a própria equipe de saúde, sob a lente do Serviço Social, tem em relação à participação do familiar no tratamento do doente, os direitos dos acompanhantes e os desafios no âmbito do trabalho profissional.

Segundo os Parâmetros da Atuação do Assistente Social na saúde, definidos pelo Conselho Federal de Serviço Social, o objetivo da profissão nesta área passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões (CFESS, 2010, p. 28).

3.1 APRESENTANDO A CARTA DOS USUÁRIOS DO SUS E SUA RELEVÂNCIA PARA ASSEGURAR DIREITOS

Conforme esclarece Fortes (2004, p. 31), a reflexão sobre práticas humanizadoras em saúde se inicia nos anos 1970 por meio da discussão e luta sobre os “direitos do paciente”:

A primeira declaração de direitos dos pacientes a ser reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/ USA, em 1972. Um ano depois, a Associação Americana de Hospitais lança a Patient's Bill of Rights [Carta dos Direitos dos Pacientes], que foi posteriormente revisada em 1992 (FORTES, 2004, p.31).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 representou um marco para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde pois, a partir de sua promulgação, todos os cidadãos passaram a ter direito ao acesso a serviços de saúde e, para o cumprimento do disposto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como uma das estratégias para o fortalecimento da atenção Primária à Saúde (APS) e reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa estratégia, segundo Ramos (2020, p. 7), tem como princípios fundamentais a atenção integral e humanizada e, como um de seus objetivos aumentar o vínculo entre profissionais de saúde e família, humanizar e qualificar o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

De acordo com Franco e Merhy (2003 *apud* Ramos, 2020, p. 9), para desenvolver a ESF são necessários outros saberes e novos instrumentos como: gerar saúde de acordo com a realidade de cada família, levando em consideração a cultura popular e da educação, produzidos por meio do diálogo. Vale ressaltar que o trabalho em saúde se desencadeia com base em necessidades. Assim, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre esse processo, no qual o Assistente Social está inserido, é preciso saber ouvir, interpretar, desenvolver a capacidade de adaptação a mudanças e, por fim, acolher o indivíduo e sua família de forma adequada e satisfatória.

Neste sentido, é importante difundir a Carta dos Usuários do SUS e sua relevância para assegurar direitos. Essa Carta foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009 e foi elaborada de acordo com seis princípios basilares que, juntos, asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados (BRASIL, 2011, p. 3). São esses princípios:

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

2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2011, p. 3).

A Carta dos Usuários do SUS foi sancionada através da Portaria no 1.820, de 13 de agosto de 2009 e publicada no Diário Oficial da União no 155, de 14 de agosto de 2009. Ela caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado. O documento visa garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Logo, a Carta é relevante para que todo cidadão possa conhecer os seus direitos na hora que necessitar de atendimento de saúde.

No inciso VI do parágrafo único do artigo 4º da citada Carta, está disposto:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

VI – o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida (BRASIL, 2011, p. 11).

Isto posto, analisaremos agora quais são as previsões legais que dão direito a presença de acompanhante em casos de hospitalização.

3.2 O DIREITO AO ACOMPANHANTE EM UNIDADES HOSPITALARES: INSTRUMENTOS LEGAIS, SUAS POSSIBILIDADES E LIMITES

Cabe conhecer, neste trabalho investigativo, como se deu o processo de abertura da permanência de familiares nas unidades de internação dos hospitais públicos brasileiros.

Dibai (2005, p. 23) esclarece que, historicamente, havia limites de tempo para permanência de familiares no hospital. Apenas a partir das décadas de 60 e 70 é que começou a ocorrer uma mudança significativa nas políticas de acompanhante, iniciada primeiramente nas enfermarias pediátricas e vindo a expandir-se, posteriormente, para as enfermarias de pacientes adultos.

Antes dessa época havia um entendimento entre os profissionais de saúde que a presença de familiares em enfermarias, como, por exemplo, mães de crianças internadas, seria um fator de desorganização pois atrapalharia o tratamento e contribuindo para a disseminação de infecção, além de aumentar o custo da hospitalização (DIBAI, 2005, p. 23). Outrossim, a decisão da permanência do acompanhante era da enfermeira, dependendo do estado do paciente, sendo cancelada se o paciente tivesse condições de assumir o autocuidado (SHIOTSU; TAKAHASHI, 2000).

De acordo com Shiotsu & Takahashi (2000), situações constrangedoras eram vivenciadas:

Por outro lado, vivenciei situações de familiares que compareciam no horário das visitas e se escondiam dentro dos banheiros e até mesmo dentro do guarda-roupa, para poderem ficar um pouco mais com o paciente. Outras vezes, retornavam depois de algum tempo do horário de visita, com a desculpa de terem esquecido algo. Nas passagens de plantão ouvia das colegas que havia deixado o familiar do sr. X descansar no leito vago porque encontrou-o dormindo no chão ou dividindo a cama do paciente e já estava muito tarde para manda-lo para casa. Nesta época, questionei-me muito sobre o porquê desses familiares utilizarem diversas estratégias para poderem ficar com o paciente e o que os levava a isso?

Sendo que essa realidade só mudou após a mobilização de alguns profissionais defendendo a humanização da medicina e, particularmente, da pediatria (Toporovski, 1988, p. 260 *apud* Dibai, 2005). Neste sentido, acrescentou ao autor:

Por humanização não se deve entender uma atitude piegas ou paternalista em relação a crianças e seus familiares. Humanização significa respeito aos direitos e exigência do cumprimento dos deveres humanos. Assim, a cada direito corresponde uma obrigação. Por outro lado, urge definir quais as práticas médicas que são realmente úteis à recuperação integral do doente e à promoção da saúde e, então, equacionar e resolver as dificuldades e os problemas administrativos decorrentes dessa definição (Toporovski, 1988, p. 260 *apud* Dibai, 2005).

Deste modo, o pressuposto defendido não foi a adoção de uma postura sentimental, mas sim o respeito aos direitos e deveres do cidadão, os quais devem

ser cumpridos para o exercício da sua cidadania e devem sempre andar em conformidade pois, uma vez que um cidadão cumpre suas obrigações, tem a garantia dos seus direitos.

O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 coloca saúde entre os direitos básicos dos cidadãos (BRASIL, 1988). A partir de então, foram criados dispositivos legais específicos para atender pacientes que necessitam de atenção e de cuidados além daqueles dados para as enfermidades mais comuns.

Atualmente, é assegurado o direito ao acompanhante nos seguintes casos:

- Pessoas idosas: A pessoa maior de 60 anos, pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso, internada ou observação, tem “assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”, sendo que “caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito” (BRASIL, 2003).
- Crianças e adolescentes: O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como crianças cidadãos com idade inferior a 12 anos e adolescentes aqueles com idade entre 12 e 18 anos. Todos os menores devem estar acompanhados em consultas médicas, porém a legislação brasileira reconhece que os adolescentes têm sua privacidade garantida e que a partir dos 14 anos e 11 meses são capazes de entender e cumprir orientações recebidas. Já nos casos de internação, ambos têm assegurado pela Lei. 8.069/90 o direito a um acompanhante em tempo integral que pode ser um dos pais ou um responsável (BRASIL, 1990).
- Gestantes: A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a gestante tenha um acompanhante no processo do parto. Estudos realizados pela OMS relatam que a presença do acompanhante gera vários benefícios como diminuição do tempo de trabalho de parto, mais confiança, controle e satisfação para a mulher, menor necessidade de medicação entre outros. No Brasil, pela Lei 11.108/05 “Os serviços de

saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.”, sendo essa pessoa de livre escolha da gestante (BRASIL, 2005).

- Pessoa com deficiência: Por força da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Artigo 22: “A pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral” (BRASIL, 2015).

Ainda, atualmente, tramita na Câmara dos Deputados projeto de lei (PL 4996/16) que dá direito a acompanhante para todos os usuários de serviços de saúde públicos ou privados, como hospitais e clínicas, pelo tempo da internação ou atendimento. O acompanhante poderá ser pessoa de livre escolha, havendo a possibilidade de revezamento.

O projeto que altera a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde), de autoria da senadora Ana Amélia (PP-RS), já foi aprovado no Senado. De acordo com a senadora: “A presença de visitantes e de acompanhantes nos serviços de saúde mantém a inserção social do paciente”. Ainda segundo a mesma, a proposta acompanha a Política Nacional de Humanização, criada em 2003 pelo governo federal, e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009⁴.

A saúde no Brasil vem passando por diversas transformações e dentro desse contexto de mudanças e inovações, acentuou-se a presença do profissional do Serviço Social na rede pública, principalmente nas áreas de internações dos hospitais, onde sua demanda é volumosa e requer muito do profissional, pois além de dedicar

⁴ Projeto transforma em lei o direito do paciente hospitalar a acompanhante. Fonte: Agência Câmara de Notícias Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/507307-projeto-transforma-em-lei-o-direito-do-paciente-hospitalar-a-acompanhante/>. Acessado em 15/11/2021.

atenção ao paciente hospitalizado, se faz necessário que o mesmo dê suporte aos familiares e busque a garantia de direitos.

3.3 PELAS LENTES DO SERVIÇO SOCIAL: O ENTENDIMENTO DA PROFISSÃO SOBRE O DIREITO AO ACOMPANHANTE E DESAFIOS NO ÂMBITO DO TRABALHO PROFISSIONAL

O acompanhante hospitalar é um tema de análise e intervenção no âmbito do Serviço Social. O hospital é uma das instituições onde o assistente social, enquanto profissional, pode e deve atuar intervindo nas relações entre paciente/acompanhante e equipe de saúde e orientando os usuários quanto aos seus direitos.

Conforme define Ferreira *et al* (1986 *apud* SHIOTSU; TAKAHASHI, 2000), o acompanhante é “pessoa que acompanha; acompanhador”, “pessoa que faz companhia ou dá assistência a indivíduo doente, idoso, inválido, etc.”. Sendo o “acompanhar” estabelecido como a necessidade de ficar com, de estar com alguém, de fazer companhia e denota uma relação de afetividade, de compartilhar alguma coisa com o outro. Ou seja, o sofrimento, o desgaste físico e emocional ou a insegurança.

O HumanizaSUS (BRASIL, 2007) define o acompanhante como o representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde. Onde o direito de contar com um acompanhante constituem componentes essenciais do cuidado. Sendo que “o cuidado gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos”.

Portanto, o acompanhante além de ser um elo com a equipe e fonte de conforto e segurança para o paciente, também pode ser considerado potencial auxílio na assistência e uma oportunidade de educação em saúde.

No entanto, embora existam leis que regulamentam esse direito ao acompanhante, os hospitais ainda não dispõem de uma política plenamente voltada para a inserção do acompanhante em suas unidades de internação (DIBAI, 2005, p. 32).

Martinelli (2011) descreve que o assistente social em hospitais faz “atendimento direto aos usuários” tendo como público-alvo de suas intervenções pessoas que se encontram em momento de fragilidade e necessitam de atendimento humanizado, auxiliando-os e oferecendo informações que direcionem suas ações para possíveis soluções de problemas. Assim, o profissional deve experienciar um olhar que se atente à situação em que se encontra o usuário, com atenção redobrada à escuta, visando restabelecer emocionalmente, socialmente e estrategicamente orienta-los.

Segundo Pitta (1991, p. 65), “o horror da morte, da doença, da velhice já se constituíam em inquietações no século XV”. O autor ainda afirma que “o hospital é um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais que a eles se vinculam”.

De acordo com Beuter (1996, P.34):

“O hospital devia ser um centro irradiador de saúde e como tal. Promover. Manter e recuperar a saúde das pessoas, dos grupos e da comunidade. Deveria ser um objetivo do hospital levar a humanizado, oferecendo condições que propiciem um ambiente mais familiar, mais humano e mais natural. Sem que os enfermos precisem abdicar de sua identidade para ser apenas mais um número.”

Porém, sabemos que a hospitalização, independente da gravidade da doença. É um processo que causa medo e insegurança. Assim sendo, é com o compromisso de estabelecer um serviço humanizado nos ambientes hospitalares que o assistente social é inserido na área da saúde, exercendo de fato seu papel de mediador nas relações sociais existentes na sociedade. Independente de raça, crença, gênero e classe social, o assistente social trabalha permanentemente na busca por atendimento humanizado e igualitário em hospitais, enfatizando que o paciente juntamente com seu acompanhante fazem parte desse processo.

Segundo Iamamoto (2000, p. 70), a formação profissional do assistente social é um processo contínuo de qualificação e construção do conhecimento do trabalho profissional que exige a ampliação uma autoconsciência dos profissionais quanto ao seu trabalho, ultrapassando as rotinas institucionais e, aprendendo a realidade social em movimento, evoluir sua apreensão para um conjunto de determinantes que interferem na configuração social desse trabalho: a questão social.

Assim, segundo a autora:

O Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito a sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora. Viabiliza o acesso não só a recursos materiais, mas as ações implementadas incidem sobre as condições de sobrevivência social dessa população (Iamamoto, 2000, p.66).

Através de um parecer elaborado pelo CFESS – Conselho Federal de Serviço Social, ANAS – Associação Nacional de Assistentes Sociais e pela ABESS — Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, o assistente social passou a ser reconhecido como profissional da Saúde de nível superior a partir de 06 de junho de 1990. No entanto, somente em 06 de março de 1997, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu o mesmo reconhecimento através da Resolução CNS° 218. Reconhecimento ratificado através da Resolução CFESS n° 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde (BRASIL, 1999).

Advindo dessas transformações ocorridas na prática profissional, evidenciou-se a necessidade de que o assistente social ampliasse a busca por novos conhecimentos, voltados essencialmente à intervenção com foco na atenção à saúde. Assim, segundo Souza (1995, p. 58):

“A inserção do Serviço Social no setor da saúde tem evidenciado que sua intervenção expressa na prática profissional dos Assistentes Sociais, tem se tornado necessária na promoção. Proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam à profissão neste setor vêm exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como espaço para a reflexão da prática.”

Desta forma, para intervir, o assistente social “precisa estar constantemente conectado a realidade, numa postura investigativa, criando e recriando possibilidades de enfrentamento da questão social e de superação das desigualdades sociais” (BARBIANI, 1998, p. 157).

Nas áreas de internação, o contato do assistente social com o paciente e seu acompanhante é geralmente prolongado, permitindo-lhe vivenciar todos os transtornos causados para ambos, exigindo assim uma maior disponibilidade e sensibilidade com vistas a contornar ou amenizar todas as mudanças geradas por uma hospitalização, a qual na maioria das vezes ocorre de forma inesperada, transformando a vida do paciente e de todos a sua volta, exigindo elevada competência do profissional.

A doença e a conseqüente hospitalização afetam de maneira abrupta a expectativa de vida do indivíduo e de todos ao seu redor.

De acordo com Farias (1981, p.2):

“Apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente. Supõem-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independentemente da idade ou quadro clínico, sejam afetadas pelo estresse fisiológico produzido pela própria doença, a hospitalização provoca mudanças de ambiente físico e social e, nas atividades diárias do paciente. De modo a afetar todo o seu sistema de vida”.

Sarano (1978), afirma que a maior dificuldade no relacionamento com os pacientes encontra-se no comportamento do próprio profissional. Classifica, então, essa complexidade em dois grupos: as provenientes de sua própria pessoa, como preocupações, problemas pessoais, estado de humor, caráter, interesses, tendência de domínio e poder. Os segundos são oriundos do despreparo, da ausência de aquisição de conhecimento e de treino do profissional para a abordagem psicológica do paciente.

Neste contexto, é de extrema importância a incorporação da família como unidade de cuidado dos pacientes e a inclusão desta em todo o processo do cuidar oferecidos pela equipe de saúde, pois quanto mais orientado e crítico em relação à doença, melhores serão os enfrentamentos e possibilidades de convivência adequada com a doença, conforme afirma Mioto (1994, p.124):

“A análise realizada sobre intervenção na família e espaço institucional repousa na ideia de que família é uma unidade. Enquanto tal, os problemas apresentados por ela devem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade. Nesta perspectiva, o grupo familiar tem o papel decisivo na estruturação das dificuldades de seus membros”.

Muitas vezes, as ações num Hospital estão voltadas somente para solucionar o problema de seus usuários, buscando evoluir cada vez mais em técnicas e exames para sanar as doenças dos mesmos. Porém, é necessário ir além dessa visão individualista.

Dunkel & Eiserdrath (1983 *apud* BECK, 1995) afirmam que a visita dos familiares aos pacientes internados pode trazer benefícios psicológicos, assim como ser fator psicológico negativo para o doente. Neste cenário, considerando a existência de benefícios e malefícios, o assistente Social deverá estabelecer estratégias que

auxiliem a recuperação dos seus doentes, atentando para a importância da orientação ao acompanhante.

Portanto, para uma atuação condizente com as orientações éticas da profissão de assistente social, que realmente alcance o cerne da problemática da saúde do paciente hospitalizado, considerando-se a importância do acompanhante no tratamento do doente, o profissional deve vislumbrar a importância da necessidade da construção de um saber específico na área de exercício do Serviço Social, sob a ótica de um conceito ampliado de saúde, progredindo na reflexão dos conceitos expostos neste trabalho, posicionando-se de forma convergente com o Código de Ética e o Projeto Ético Político Profissional do assistente social, em defesa do direito à saúde pública de qualidade.

4. A PESQUISA DE CAMPO E OS SEUS RESULTADOS

Neste capítulo, descrevemos o caminho metodológico para realização da nossa pesquisa, abordando os seguintes pontos:

- O processo metodológico
- Principais resultados da pesquisa

4.2 O PROCESSO METODOLÓGICO

4.3 Tipo de Pesquisa e Metodologia Utilizada

O presente trabalho de conclusão de curso se caracteriza como uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória.

A abordagem é qualitativa visando identificar as contribuições do acompanhante no processo de hospitalização, a partir de uma percepção sob a ótica do Serviço Social. De acordo com A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (1994, p.21-22):

[...] Se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Gil (2002, p.42) ensina que “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

O estudo exploratório visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.” (GIL, 2002, p.41).

Assim, esta pesquisa constitui-se numa análise e reflexões sobre a contribuição do acompanhante para o doente na hospitalização sob a perspectiva do Serviço

Social, no âmbito do SUS, considerando as normas em vigor e políticas institucionais estabelecidas.

4.1.2 Coleta e Tratamento de Dados

Para chegarmos aos objetivos que levaram a realização deste trabalho de pesquisa, foi inicialmente realizada uma pesquisa bibliográfica e documental, apresentada nos capítulos anteriores contendo reflexões históricas, teóricas e filosóficas da prática do profissional do Serviço Social em um contexto hospitalar num ambiente de internação, com foco na relação entre o assistente social, o paciente hospitalizado e seu acompanhante. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002, p. 44). Desta forma, essa pesquisa bibliográfica teve seu embasamento teórico em livros, periódicos, leis e artigos científicos.

Além disso, foram realizadas entrevistas, pela própria pesquisadora com assistentes sociais que atuam na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS); e feita uma investigação do tema a partir da experiência desta pesquisadora durante o período de acompanhamento a pacientes internados no estágio supervisionado.

Conforme orienta Gil (2002, p. 42), uma das características mais significativas de uma pesquisa descritiva, “está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”. Desta maneira, os dados foram avaliados qualitativamente, observando-se as implicações do vínculo com a equipe de Serviço Social para o reestabelecimento da saúde do paciente internado.

O critério para o tamanho da amostra de acompanhantes foi a similaridade no conteúdo das respostas, ou seja, a amostragem por saturação. Segundo Turato (2003, p.363):

o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo [...] e novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa.

Ainda de acordo com Turato (IBIDEM, p.357) nesse tipo de amostragem “o pesquisador delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, ficando livre

para escolher entre aqueles cujas características possam, em sua visão, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta”.

Em relação à análise dos dados coletados, os mesmos serão interpretados a partir das discussões teóricas acerca da contribuição do acompanhante hospitalar, sob a perspectiva do profissional de Serviço Social fundamentada através do olhar crítico no HumanizaSUS (BRASIL, 2007), na Carta dos direitos dos usuários da saúde (BRASIL, 2011) e nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), considerando o acompanhamento durante a hospitalização como um direito do cidadão.

4.1.3 Limitação do Método

Todo trabalho de pesquisa possui suas vantagens e limitações. Nos métodos utilizados nesta pesquisa, encontram-se as seguintes limitações:

- Nas entrevistas realizadas com assistentes sociais que atuam na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) pode haver uma dificuldade de expressão do público-alvo, por pensar existir uma “resposta certa” para as perguntas. Assim, para superar esse obstáculo foi informado aos interrogados que as perguntas não representam nenhum teste e que eles poderiam responder livremente do modo que entendiam e percebiam, não existindo respostas certa ou erradas;
- Há a possibilidade que os dados das entrevistas sejam analisados pelo “viés do pesquisador”, ou seja, que o olhar pessoal desta pesquisadora influenciasse na interpretação dos dados. Desta forma, buscou-se minimizar essa limitação de subjetividade, transcrevendo as entrevistas para demonstrar sua análise.

4.4 PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA

No sentido de organizar a apresentação dos resultados, inicialmente, foi realizado, um agrupamento dos dados em cinco blocos de resposta, de acordo com os objetivos propostos neste estudo. Primeiramente, será apresentado o bloco de respostas referente à caracterização dos treze assistentes sociais que trabalham na

rede hospitalar do SUS: a) Caracterização sócio demográfica – sexo, idade; b) Tempo de atuação na área de Serviço Social.

Em seguida, virá um bloco com a resposta sobre participação do acompanhante em processos de hospitalização de acordo com a observação do assistente social.

Posteriormente, será apresentado um bloco com a resposta acerca da percepção, como assistente social, sobre a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização. Indagando se essa presença é positiva ou não.

Por fim, no último bloco, teremos a resposta sobre os desafios para a inserção do acompanhante e sua contribuição no processo de hospitalização, sob a ótica do Serviço Social.

Os dados serão apresentados em forma de tabelas, abrangendo as unidades de significação extraídas dos resultados ou as categorias formadas e a frequência de ocorrência delas. Também serão apresentados fragmentos do discurso dos treze assistentes sociais entrevistados para ilustrar a apresentação dos dados.

Vale ressaltar que um sujeito pode apresentar mais de um elemento codificado em dada resposta e, nesta perspectiva é possível que a frequência de ocorrência das respostas ultrapasse o número de sujeitos da pesquisa. Portanto, é relevante esclarecer que o total de porcentagem foi calculado sobre o nível de aparecimento das respostas e não sobre o número de sujeitos (n).

a) Caracterização Sócio-Demográfica

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica referente à idade dos assistentes sociais entrevistados.

Variáveis	N	%
IDADE		
< 30 anos	0	
30 a 40 anos	4	30,8
41 a 50 anos	6	46,2
51 a 60 anos	2	15,4
> 61 anos	1	7,7

Fonte: Construção da autora (2021).

Sobre a faixa etária dos assistentes sociais entrevistados, todos apresentaram idade superior a 30 anos. Desta forma, observa-se na amostra estudada que os assistentes sociais entrevistados que trabalham na rede hospitalar do SUS são pessoas adultas, acima dos 30 anos. O que coincide com o estudo de perfil dos assistentes sociais realizado em 2005 pelo CFESS (CFESS, 2005, p. 19) que apontou a prevalência de idade superior a 30 anos dos profissionais de Serviço Social no Brasil.

Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica referente ao sexo dos assistentes sociais entrevistados.

Variáveis	N	%
IDADE		
Masculino	0	0
Feminino	13	100

Fonte: Construção da autora (2021).

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos treze assistentes sociais entrevistados, observa-se na Tabela 2 que a maioria (100%) pertence ao sexo feminino. Este achado confirma a tendência histórica da profissão, sendo que a categoria das(os) assistentes sociais ainda é predominantemente feminina, contando com poucos homens (CFESS, 2005). Acerca disso, expõe Dibai (2005, p. 61):

Sobre a questão de gênero como determinante das práticas de cuidado, estudos mostram que desde a antiguidade, os papéis de homens e mulheres já estavam definidos na sociedade. Assim, vários mitos foram sendo desenvolvidos em função da identificação das práticas de cuidar com a mulher e, dentre eles, um aspecto refere-se, especificamente, à característica de fecundidade e da capacidade de gerar e amamentar. Daí o fato de que, durante muito tempo, as práticas de cuidar estarem sempre relacionadas às atividades da mulher e ligadas à vida.

Ademais, Marilda Iamamoto (CFESS, 2021) destacou a necessidade do aprofundamento do conhecimento sobre o perfil da categoria profissional. E uma das ações prioritárias propostas é a da sistematização dos dados coletados pela pesquisa sobre o Perfil dos/as Assistentes Sociais, que ocorreu junto ao recadastramento nacional obrigatório, por meio da campanha Viva Sua Identidade (2016-2019). Assim, serão construídas incidências que possam atender as necessidades da categoria e dos sujeitos coletivos sociais, que são os/as usuários/as do Serviço Social.

Tabela 3 - Caracterização sócio-demográfica referente ao tempo de atuação na área de Serviço Social dos assistentes sociais entrevistados.

Variáveis	N	%
IDADE		
< 10 anos	6	46,2
11 a 20 anos	1	7,7
21 a 30 anos	4	30,8
> 31 anos	2	15,4

Fonte: Construção da autora (2021).

Quanto ao tempo de atuação na área de Serviço Social, seis desses profissionais tem menos de 10 anos, um tem entre 11 e 20 anos e seis tem mais de 21 anos de exercício da profissão. Essa variedade possivelmente pode estar ligada a ampliação do mercado de trabalho na área, ao crescimento no número de cursos de Serviço Social e ao crescimento de profissionais formados em busca de emprego.

Segundo Yamamoto (2000), hoje se faz urgente uma aproximação dos assistentes sociais às condições de vida das classes subalternas e de suas formas de luta e de organização (tais como, em nosso entendimento, os usuários do SUS), apreendendo a assistência na óptica da realidade histórico-social e das experiências cotidianas dos subalternizados, resgatando suas experiências, práticas, representações e interesses expressos não só no campo das organizações coletivas, político-partidárias ou sindicais, mas em suas lutas por melhorias parciais de vida e no conjunto de suas expressões associativas e culturais que expressam modo de viver e de pensar, de enfrentar e resistir a essas desigualdades sociais.

b) Como ocorre a participação do acompanhante em processos de hospitalização de acordo com a observação do assistente social

Neste ponto foi abordada a seguinte questão: “Atualmente, na sua atividade cotidiana como assistente social em Hospital, como ocorre a participação do acompanhante em processos de hospitalização?”

Então, sobre a prática da participação do acompanhante ao paciente hospitalizado, as respostas mostraram que os acompanhantes desempenham

atividades relacionadas ao atendimento das necessidades humanas básicas e atividades relacionadas ao apoio emocional. Quando interrogados sobre como se dá essa participação, algumas das respostas foram as seguintes:

O acompanhante fornece o apoio emocional e o cuidado contribuindo na recuperação do paciente. Além do suporte emocional o acompanhante oferece o apoio necessário nos cuidados diários do familiar internado, transmitindo segurança necessária, fortalecendo vínculos familiares. Muitos são os desafios pois não estamos preparados para o adoecimento, sofrimento e do estresse que enfrentam durante o acompanhamento (MLGD⁵).

O familiar permanece como acompanhante quando o paciente é idoso, criança/adolescente ou pessoa com deficiência física/necessidades especiais. Em algumas situações, não estando nesses perfis, mas quando o paciente está muito dependente, é avaliada pela equipe de enfermagem a liberação de acompanhante (EMOL).

Desde a admissão do paciente, até a alta hospitalar. Peça fundamental neste processo (JS).

Participante do processo em todas as etapas (LBS).

Na unidade aonde trabalho, o paciente idoso ou menor de idade tem direito a presença do acompanhante. No entanto nos casos de pacientes que possuam alguma limitação, a equipe de enfermagem avalia e autoriza também a presença do familiar (FPPA).

Pacientes idosos, adolescentes, deficientes e em cuidados paliativos permanecem com acompanhantes por tempo integral na unidade. E, é de suma importância a participação do acompanhante familiar porque percebemos o seu envolvimento na rotina do cuidado com o paciente, acompanhamento do boletim médico regularmente e além disso promove fortalecimento de vínculos afetivos e sociais (CNSS).

Auxiliando nos cuidados com o paciente na unidade de internamento (ELA).

De forma variada, alguns bastante participativos outros não tem tempo de fazer acompanhamento por conta do trabalho em geral e outros não demonstram interesse por diversos problemas de relacionamento com a Paciente (JMS).

Três dos entrevistados relataram a alteração dos protocolos referentes ao acompanhamento em virtude da pandemia de Covid19, visando reduzir a circulação de pessoas, durante visitas e acompanhamento de pacientes, evitar aglomeração de pessoas e garantir a segurança dos pacientes, da população e dos profissionais.

⁵ Esta abreviatura se refere às iniciais do nome do assistente social entrevistado.

Com a pandemia foi suspensa a permanência do acompanhante, sendo mantido em três situações específicas (adolescentes, pessoas com alguma deficiência e que possuem relatório médico indicando a necessidade). Há alguns dias retomamos a rotina de acompanhantes. (GOS).

No momento, restrito. Somente algumas situações de internamento está ficando com acompanhante (MRMC).

Atualmente, por causa da pandemia, a permanência dos acompanhantes está limitada (LVS).

Sabemos que pandemia não é a única responsável pelo cenário desastroso que o país (e o mundo) vive hoje. Iamamoto (CFESS, 2021) compara a presente situação a um terreno já minado pela crise do capital e diz que é preciso “rever o passado para retomar a práxis da resistência”. Essa provocação que ela faz à categoria entendendo que as expressões da questão social na vida cotidiana dos sujeitos sempre foi uma particularidade do Serviço Social e alerta para os problemas de uma recente retomada de tendências conservadoras que restringe investimentos nas políticas e direitos sociais. A professora lembra, também, que foram nos momentos mais duros, como os anos de 70 e 80, que emergiram experiências inovadoras de resistência política e que fundaram as bases do projeto ético-político profissional, que fundamenta o trabalho da categoria há mais de quatro décadas. E arremata: “é preciso pensar pelo avesso”. Ou seja, num momento adverso de perder de direitos, se faz necessário lutar por direitos.

Tabela 4 - Como ocorre a participação do acompanhante em processos de hospitalização de acordo com a observação dos assistentes sociais entrevistados.

Categorias	Frequência de Respostas	
	N	%
Atividades relacionadas às necessidades humanas básicas	9	52,9
Atividades relacionadas ao apoio emocional	4	23,5
Outras	4	23,5

Fonte: Construção da autora (2021).

Diante das respostas obtidas e analisadas na tabela acima, foi possível verificar que os acompanhantes realizam vários tipos de atividades junto ao paciente internado. Porém, eles acabam executando principalmente as atividades ligadas ao atendimento das suas necessidades humanas básicas, especificamente as necessidades fisiológicas e de proteção, em comparação às atividades de apoio emocional e outras que realizaram nesse mesmo período. No entanto, considerando que a presença de um indivíduo em ambiente hospitalar pode remeter a sentimentos de insegurança e fragilidade, o acompanhante também ajuda a minimizar esses temores ocasionados pela ruptura brusca de sua rotina, possibilitando um suporte emocional necessário para que se recupere o mais rapidamente possível.

De acordo com Magalhães:

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 *apud* MAGALHÃES, 2017, p. 45).

A Carta de Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) prevê que é direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado visando, dentre outros itens, a privacidade e ao conforto, a segurança do procedimento e o bem-estar psíquico e emocional.

Assim, o fato de que as atividades relacionadas às necessidades básicas do paciente serem mais realizadas deve-se ao fato que a maioria delas não apresentar para o acompanhante muitas dificuldades, uma vez que podem representar uma extensão das atividades domésticas as quais estão habituadas a realizar em seus lares (necessidades fisiológicas e de proteção). Quanto às atividades de apoio emocional, por exigir maior preparo, não sendo à princípio de competência do acompanhante e sim de profissional especializado, foi demonstrado na prática que eles acabam realizando como forma de auxiliar o trabalho da equipe. Assim, esse contato diário com a rotina hospitalar pode favorecer o aprendizado, auxiliado pelo profissional de Serviço Social, em relação a algumas atividades possibilitando a melhoria do paciente internado.

c) Percepção do assistente social sobre a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização

O HumanizaSUS ao tratar da visita e do direito ao acompanhante expõe que esses direitos são percebidos, atualmente, da seguinte forma:

- Visita e acompanhante são vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida.
- Faltam estrutura física e profissionais destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes.
- Dificuldade de compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores e dos familiares.
- Faltam e, quando há, são muito precárias as condições para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar.

Contudo, sob o enfoque do Serviço Social, percebeu-se diante das respostas obtidas neste estudo que a presença do acompanhante no processo de hospitalização é uma contribuição benéfica, conforme as seguintes respostas à pergunta “Qual a sua percepção, como assistente social, sobre a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização? é positiva? negativa?”:

Positiva, visto que para além dos cuidados básicos, o acompanhante representa um elo de ligação com a vida externa, é uma forma do paciente não se sentir sozinho, desamparado, e contar com carinho da sua família num momento de vulnerabilidade física e emocional (MRMC).

Positiva. Ter alguém de uma confiança no período de internamento contribui positivamente para a recuperação da saúde (GOS).

Positiva pois oferece apoio emocional, contribuindo na recuperação do paciente (CCODS).

Positiva, visto que a participação da família no tratamento, colabora de forma muito positiva na recuperação do paciente. Para além disso, é alguém q podemos orientar/encaminhar/reforçar os direitos sociais (EMOL).

A presença do acompanhante é importante na manutenção do vínculo afetivo na hospitalização, contribuindo no processo de recuperação da saúde e no atendimento humanizado (MLGD).

Bastante positiva, afinal além de ajudar nas atividades diárias, percebe de fato uma redução da ansiedade e aumento do conforto em estar com alguém de confiança ao lado (JS).

Percebe-se que a presença do acompanhante possibilita atitudes positivas sobre a hospitalização e, conseqüentemente, facilitam a reestruturação cognitiva, aumentando a percepção de apoio social e da própria equipe profissional.

Tabela 6 - Percepção do assistente social sobre a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização.

Variáveis	N	%
Positiva	13	100
Negativa	0	0

Fonte: Construção da autora (2021).

Neste ínterim, o assistente social é peça fundamental pois, como está expresso nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010): cabe ao profissional do Serviço Social “ênfatisar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal”.

O acompanhante de doentes hospitalizados pode proporcionar o bem-estar do paciente e deve ser inserido como aliado nesse processo independente de idade ou qualquer outra tipificação. É um direito de todo cidadão. Assim, a humanização deve, sim, ser incluída entre os princípios que norteiam não apenas o Sistema Único de Saúde, mas toda a estrutura de atenção.

A Política Nacional de Humanização considera a visita aberta e o acompanhamento essenciais para o sucesso da recuperação. Afirma, inclusive, que:

Do ponto de vista fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, em consequência, uma resposta mais positiva aos tratamentos (BRASIL, 2017, p. 9).

d) Desafios para a inserção do acompanhante e sua contribuição no processo de hospitalização, sob a ótica do Serviço Social

Os desafios também foram expressos pelos assistentes sociais entrevistados consoante as seguintes colocações:

O desafio seria a garantia de acompanhante a todos os pacientes, fato que não é aceito pelas unidades hospitalares, tendo em vista o custo com a alimentação para os mesmos (EMOL).

Maior reconhecimento dos benefícios dessa inclusão por parte das instituições. Para muitos, a família atrapalha neste processo, o que sabemos que isso não procede (JS).

Dificuldade de compreensão da necessidade de acompanhante por parte da equipe multidisciplinar ou da instituição. Dinâmica familiar que não favorece o acompanhamento contínuo e/ou vínculos fragilizados. Limitação de recursos para assegurar o direito de manter o acompanhante na instituição (CNSS).

Desafios: a condição oferecida pela unidade hospitalar para permanência do acompanhante por período integral (refeição, acomodação, banheiros...) Contribuição: o cuidado com o paciente, segurança, emocional, apoio nas decisões de condutas e tratamentos definidos pela equipe médica e assistencial (CCODS).

Um dos desafios é mostrar para a equipe que o acompanhante proporciona para o paciente suporte emocional, companhia e facilita a sua recuperação pois diante das elevadas demandas a equipe de enfermagem vê o acompanhante como auxiliar, o que pode gerar conflitos durante o internamento. Além desses aspectos as normas e rotinas hospitalares também podem interferir, não permitindo o acompanhamento do familiar, seja em função de condições estruturais desfavoráveis, sem a garantia do conforto mínimo necessário para garantir o bem estar do acompanhante. Um dos maiores desafios foram os enfrentados durante a pandemia em que na maioria dos casos não foi permitida visita e/ou acompanhamentos (MLGD).

Um dos maiores desafios é o entendimento da equipe multiprofissional, de que somos seres interativos emocionalmente, principalmente da equipe de enfermagem, que diversas vezes, queixam que o acompanhante reclama demais, atrapalha o serviço deles. Algumas unidades, referem falta de espaço para acomodar o acompanhante. Quando na verdade, o acompanhante naquele momento, é como o guardião do paciente, mais próximo. O "isolamento" contribui para a tristeza e o desânimo, nada favorável a recuperação de uma situação de doença. Nos colocando um pouco no lugar do outro, fica mais fácil compreender a importância do apoio emocional em momentos de fragilidade (AMLLA).

Tabela 6 - Desafios para a inserção do acompanhante e sua contribuição no processo de hospitalização, sob a ótica do Serviço Social.

Categorias	Frequência de Respostas	
	N	%
Em relação à infra- estrutura da instituição	5	25,0
Em relação ao acompanhante	3	15,0
Em relação à equipe profissional	6	30,0
Em relação à garantia do direito ao acompanhante para todos os pacientes	6	30,0

Fonte: Construção da autora (2021).

As dificuldades em relação às condições de infraestrutura física da instituição foram mencionadas por cinco acompanhantes e também estavam associadas à falta de condições ideais para o atendimento e tratamento do paciente

Não restam dúvidas, diante dos dados colhidos neste estudo, que deve haver um processo de integração dos acompanhantes, valorizando-os e orientando-os, para que possam contribuir efetivamente para o sucesso do projeto terapêutico e para continuar os cuidados pós alta. Todavia, além de treinamento dos recursos humanos para acolher os acompanhantes, devem ser solucionadas questões fundamentais como adequação de espaço para os alojar e custeio de despesas como alimentação, assim como, a adaptação das unidades para incorporar os acompanhantes de modo que haja uma benesse real para a saúde do paciente.

Três entrevistados citaram que a maior dificuldade consiste no acompanhante compreender a importância do seu papel no processo. Enquanto alguns acompanhantes cooperam para a recuperação do paciente, muitos entendem que o seu papel seja mais o de um fiscalizador das ações profissionais que são direcionadas para o paciente, do que qualquer outro objetivo, faltando evidentemente uma orientação profissional aos mesmos sobre o seu dever no ambiente hospitalar.

É preciso, à vista disso, retomar a dimensão política e educativa do Serviço Social, uma profissão cuja prática crítica é também inspirada na educação de base, valorizando o trabalho cotidiano de profissionais que lidam com uma imensa população usuária desprovida de qualquer direito (CFESS, 2021).

Seis entrevistados indicaram dificuldades com a equipe multidisciplinar, principalmente a equipe de enfermagem sobre a importância da presença do acompanhante e também outros seis relataram que o maior desafio sob o prisma do Serviço Social é a garantia do acompanhante para todos os pacientes, face às vantagens oferecidas pela presença do mesmo para a recuperação do enfermo hospitalizado.

Sabemos que a proposta desta pesquisa de oferta de acompanhante para todos os pacientes hospitalizados irá requerer uma série de ajustes de complexidade considerável, como questões aumento de custos, tanto para o setor público como para os planos e seguros privados de saúde. Contudo, a humanização é um objetivo a consolidar no âmbito do cuidado e as discussões que nossa proposição suscitará seguramente trarão resultados positivos e avanços para a atenção à saúde da população brasileira e, em especial para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a professora Marilda lamamoto depreende (CFESS, 2021): “Vivemos tempos sombrios, num cenário ultraliberal, reacionário, potencializado pela pandemia mundial. E nesse contexto adverso é que a resistência é mais necessária”. O SUS é uma conquista do povo brasileiro e não pode ser precarizado por governos ultra neoliberais que buscam retirar direitos dos cidadãos.

Assim, este trabalho analisou a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização sob a ótica do Serviço Social. Partimos da problematização buscando verificar, pela vivência do assistente social, se a presença do acompanhante durante a hospitalização contribuiria no tratamento ao paciente devendo ser estendida como direito a todos os cidadãos, considerando as conquistas e desafios do sistema único de saúde (SUS) frente a ameaça de perda de direitos à vista de regimes conservadores.

Diante da temática proposta, foi realizado um embasamento teórico, onde dialogamos sobre a Reforma Sanitária, a constituição do SUS e os direitos dos usuários em tempos de governos ultraneoliberais. Além da investigação da importância da presença dos acompanhantes em unidades hospitalares pelas Lentes do Serviço Social.

Com base nos resultados da pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória, foram identificadas algumas questões relevantes: a proteção da saúde depende sobretudo das decisões políticas. Deste modo, a participação ativa da sociedade é o elemento mais importante para garantir a melhoria da saúde no país, através da concretização das intenções as quais serão apenas propostas se não forem efetivadas.

O profissional de Serviço Social, consoante os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010) pode e deve contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para a viabilização do Sistema Único de Saúde.

Em defesa do direito à saúde pública de qualidade, uma vez que o acompanhante hospitalar é um tema de análise e intervenção no âmbito do Serviço Social, as políticas de humanização que buscam consolidar o cuidado garantindo os direitos dos usuários da saúde no nosso país necessitam do engajamento e atuação dos assistentes sociais em prol do carente e sofrido povo brasileiro.

Observou-se também que os desafios para a absorção do acompanhante ao paciente em ambiente hospitalar, como a ausência de condições adequadas para permanência do mesmo, a resistência da equipe multidisciplinar ou a falta de conhecimento do acompanhante sobre o seu papel, não podem ser fator limitador ou impeditivo de tal iniciativa em face da imensa contribuição positiva que essa prática trás ao tratamento do enfermo durante a internação.

Por fim, concluímos as instituições devem abrandar a severidade que dificulta os familiares de se tornarem acompanhantes eficazes, preparando-os de forma adequada, sugerindo-se que haja um treinamento adequado aos profissionais que atuam em hospitais, entre eles o assistente social, para se alcançar uma humanização efetiva na área da saúde.

Nosso ensejo, em relação às contribuições científicas, é que este estudo possa possibilitar a reflexão e a discursão visando a elaboração de programas e protocolos de intervenção do assistente social, o que permitirá refletir sobre as estratégias a serem utilizadas no contexto hospitalar junto aos acompanhantes de pacientes internados e que, indispensavelmente, o direito ao acompanhante seja estendido para todos os cidadãos como princípio basilar para proteção, amparo e salvaguarda da vida humana.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBIANI, R. **Quadro referencial para análise sócio-profissional do Serviço Social rumo ao século XXI: demandas e perspectivas.** In: Estudos Leopoldenses. Série Ciências Humanas. Vol. 34 n. 152. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BECK, Carmem L. C. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BEUTER, Magrid. **Atividade lúdica: uma contribuição para a assistência de enfermagem às mulheres portadoras de câncer.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente:** lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: 1990.

BRASIL. **Estatuto da pessoa com deficiência.** lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília, DF: 2015.

BRASIL. **Estatuto do idoso:** lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: 2003.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acessado em 13/11/2021.

BRAVO, Maria Inês. **Política de saúde no Brasil**. In: Mota, Ana Elizabete et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, p. 88-110, 2009.

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social: Estado, democracia e saúde: ensaio temático. Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, janeiro a junho de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social; colaboradores Rosa Prédes... [et al.]. Brasília: CFESS, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Marilda lamamoto ensina: 'é preciso retomar a práxis da resistência'**. Entrevista ao Conselho Pleno do CFESS de março de 2021. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1796>. Acessado em 15/11/2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas. Brasília, 2010.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde - SUS: princípios**. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DIBAI, Márcia Bárbara Souza. **O acompanhante na instituição hospitalar: relatos de uma experiência**. Orientadora: Nágela Valadão Cade. 126 f.: il. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico. Vitória: 2005.

FARIAS, Juracy N. de. **Eventos estressantes da hospitalização**. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1981.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

GIL, Antônio Carlos, **Como elaborar projetos de pesquisa** - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.: esboço de uma interpretação histórico metodológica**. 23ª Ed. São Paulo, Cortez (Lima, Peru): CELATS, 2008, p. 71-94.

MAGALHÃES, Daniele Teresa da Silva. **A importância da permanência do acompanhante hospitalar: um estudo realizado a partir de histórias de vida**. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha de Miranda. 55 p. TCC (bacharelado). Curso de Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

MARTINELLI, ML. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 107, jul./set. 2011. p. 479-505. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/07.pdf>> Acesso em 13 de novembro de 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIOTO, R.C.T. **Famílias de jovens que tentam suicídio**. Tese de doutorado, Campinas, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.- mar. 2014, p. 15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acessado em 20/05/2021.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1991

RAMOS, Lívia Araújo. **Acolhimento: uma forma de organização do trabalho em saúde**. Orientador: Horácio Pereira de Faria. 27 p. TCC (especialização) – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Várzea da Palma/MG: 2010.

SARANO, I.O. **O relacionamento com o doente: dificuldades e perspectivas entre terapeutas e clientes**. São Paulo: EPU, 1973.

SHIOTSU, Célia Hiromi; TAKAHASHI, Regina Toshie. **O Acompanhante na Instituição Hospitalar: significado e percepções**. Rev.Esc.Enf.USP,v.34,n.1,p.99-107, mar. 2000. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hycSPtJfKBVpG83V3jsSNhM/?lang=pt>. Acessado em 13/11/2021.

SOUZA, M. A. S. L de. **Saúde e Cidadania: Reflexões sobre a prática profissional do Assistente Social**. In: 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. O Serviço Social frente ao projeto Neoliberal: Em defesa das Políticas Públicas e da democracia. Caderno de Comunicações. Bahia, julho, 1995.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL



Formulário de Entrevista: TCC

TEMA: A CONTRIBUIÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÕES SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL

Senhores (as) assistentes sociais,

Esta pesquisa busca subsidiar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em elaboração pela discente Edicélia da Silva de Almeida sobre o tema "A contribuição do acompanhante no processo de hospitalização: percepções sob a ótica do Serviço Social", a ser apresentado 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.

Este formulário é de exclusivo preenchimento pelos assistentes sociais em atuação na área da saúde em hospitais. Dando ciência da garantia do anonimato e de que não existem respostas certas ou erradas, solicito a V. S.as a gentileza de responder conforme vossas impressões.

Muito Obrigada!

Edicélia da Silva de Almeida

1) Quais as iniciais do seu nome?

2) Qual sua idade?

3) Qual seu sexo?

() Masculino () Feminino () Prefiro não dizer () outro: _____

4) Há quanto tempo atua na área de Serviço Social?

- 5) Atualmente, na sua atividade cotidiana como assistente social em Hospital, como ocorre a participação do acompanhante em processos de hospitalização?

- 6) Qual a sua percepção, como assistente social, sobre a contribuição do acompanhante no processo de hospitalização? é positiva? negativa?

- 7) Na sua opinião, quais são os desafios para a inserção do acompanhante e sua contribuição no processo de hospitalização, sob a ótica do Serviço Social?

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que estou ciente da minha participação nesta pesquisa que busca subsidiar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em elaboração pela discente Edicélia da Silva de Almeida sobre o tema "A contribuição do acompanhante no processo de hospitalização: percepções sob a ótica do Serviço Social", a ser apresentado 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.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Sim Não

Assinatura