

Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade de Serviço Social

Patrícia Elias de Oliveira Rodrigues

Efetivação do direito ao acompanhante em hospitais públicos pediátricos

Juiz de Fora

2018

Patrícia Elias de Oliveira Rodrigues

Efetivação do direito ao acompanhante em hospitais públicos pediátricos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social sob orientação da Prof. Dra. Joseane Lima.

Juiz de Fora

2018



PATRICIA ELIAS DE OLIVEIRA RODRIGUES

EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO ACOMPANHANTE EM HOSPITAIS PÚBLICOS PEDIÁTRICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Joseane Barbosa d Lima

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 28 de Dezembro de 2018 por banca composta pelos seguintes membros:

Profa Dra. Joseane Barbosa de Lima (assinar)

Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva (assinar)

Profa Dra. Viviane Souza Pereira (assinar)

Nota: 85,0

Juiz de Fora
Dezembro/2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pois sem Ele nada é possível. Obrigada pela vida, e por conceder discernimento para concretizar este sonho.

Aos amores da minha vida, Renan e Cecília que estiveram presentes nos momentos de alegrias e de angústias, durante esta longa e árdua trajetória. A nossa união é a minha fortaleza e a fonte da minha inspiração.

Aos meus pais, Maria Aparecida (doméstica) e Geraldo (lavrador), por me ensinar que apesar das adversidades é necessário ter perseverança e paciência para que os sonhos possam se materializar. Ao meu irmão, Ricardo, que apesar da distância, almeja minha felicidade.

Aos meus sogros, Deucília e Carlos Alberto, à minha cunhada Ana Carolina e concunhado Jonathan, aos amigos Angélica e Eli (Dorico), por acreditarem no meu potencial e por cuidarem da Cecília na minha ausência. Família, obrigada pelo incentivo e apoio essencial para chegar até aqui. Esta conquista é nossa!

À UFJF, orgulho por fazer parte da história da Faculdade de Serviço Social e vivenciar o ensino de qualidade em uma Universidade pública laica e presencial.

A minha orientadora Prof. Dra. Joseane Barbosa de Lima, pelos ensinamentos e pela rica contribuição que se materializou neste trabalho.

As docentes, Viviane Souza Pereira e Sabrina Pereira Paiva, por aceitar fazer parte da banca e por todo o conhecimento proporcionado durante a formação acadêmica.

A todos os colegas de turma, pela oportunidade de compartilhar momentos de alegrias e troca de aprendizagem, especialmente, Glaucilene, Inajá, Fátima, Daniele, Áurea, Luiza e Millainy. Deus sempre coloca anjos de luz para nos ajudar a enfrentar os obstáculos que encontramos pelo caminho.

Às supervisoras de estágio, que apesar de todas as demandas, estavam sempre dispostas a ensinar e contribuir positivamente na minha formação profissional.

Aos amigos de trabalho (HMTJ, HU/ UFJF/ EBSEH), pela força e apoio moral que me sustentou diante as adversidades e esgotamento físico e mental. A caminhada foi mais suave com vocês sempre ao meu lado.

A todos, muito obrigada!

Dedico este trabalho a meu esposo Renan e minha filha Cecília, por serem a minha base de sustentação para enfrentar as adversidades e superar os desafios na vida. Mais uma etapa vencida! Amo vocês!

Patrícia Elias de Oliveira Rodrigues

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
------------------------	----------

CAPÍTULO 1- POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE

1.1 A Trajetória histórica da instituição hospitalar.....	10
--	-----------

1.2 História da política de saúde no Brasil: do modelo previdenciário da saúde à Constituição de 1988.....	18
---	-----------

CAPÍTULO 2- O DIREITO AO ACOMPANHANTE NA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: DIFICULDADES E LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS DENTRO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

2.1 A efetivação do direito ao acompanhante dentro de instituições pediátricas após ECA.....	33
---	-----------

2.2 Políticas de Humanização no Brasil e a inserção do acompanhante pediátrico dentro desta perspectiva.....	40
---	-----------

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo o direito ao acompanhante em hospitais pediátricos no Brasil. Nesse sentido, buscou-se realizar uma reflexão sobre a efetivação do direito ao acompanhante em hospitais públicos pediátricos a partir de uma revisão de literatura especializada: leituras de artigos, dissertação de mestrado, capítulos de livros que tratam sobre o tema. Tem como ponto de partida a importância do cuidado à criança e ao adolescente como ação humanizada, partindo do entendimento de que o acompanhante ameniza o processo de hospitalização, sendo uma ação fundamental para a assistência integral à saúde e fazendo uma abordagem em algumas dificuldades enfrentadas pelos acompanhantes dentro do ambiente hospitalar.

De modo geral, o interesse pelo estudo do tema surgiu a partir da minha experiência profissional como Técnica de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus na cidade de Juiz de Fora/ Minas Gerais, ao observar as dificuldades vivenciadas pelos acompanhantes durante o período de hospitalização de crianças e adolescentes, entre as quais podemos destacar a ausência de condições necessárias para a permanência destes sujeitos dentro do hospital. Surgiu também a partir da indagação sobre qual a função do acompanhante no processo do restabelecimento da saúde da criança e do adolescente e qual o entendimento que o acompanhante tem sobre sua importância neste processo do cuidado e sobre os conflitos com a equipe de saúde.

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica ampla e uma pesquisa documental. No primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico, com a finalidade de construir uma análise teórica sólida e aprofundada a partir de uma revisão literária na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), levantamento e análise de pesquisas realizadas sobre a temática na base de dados da UFJF, tais como TCCs, artigos, monografias de residentes. Foram feitas pesquisas na base do Google Acadêmico, a partir de descritores: Acompanhantes, hospital, pediatria, etc., sendo também realizada leitura de revistas científicas sobre acompanhantes pediátricos, leitura de livros sobre a origem e constituição dos hospitais, sobre a Política de Saúde

no Brasil e a função dos hospitais no processo do cuidado à saúde, entre outras leituras que elencam dados relevantes para a construção do presente trabalho.

No segundo momento foi realizada uma pesquisa documental a partir da leitura de Leis e decretos que asseguram o direito ao acompanhante no SUS, tais como a Política Nacional de Humanização (PNH) e Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

O trabalho está dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo intitulado *“Política de Saúde no Brasil e o direito a saúde”*, está dividido em dois itens, sendo o primeiro intitulado de *“A trajetória histórica da instituição hospitalar”* que descreve o processo de constituição dos hospitais. Já o segundo item analisa a história da política de Saúde no Brasil, partindo do modelo previdenciário da saúde à Constituição de 1988 que inaugura a fase universalista da política de saúde no Brasil, inscrito na Constituição de 1988 e regulamentado pela criação do SUS em 1990.

O segundo capítulo, por sua vez, é intitulado *“O Direito ao acompanhante na internação pediátrica: dificuldades e limitações estruturais dentro da Instituição hospitalar”* e está dividido também em dois itens. O primeiro realiza uma análise sobre a efetivação do direito ao acompanhante dentro de instituições pediátricas após o ECA, partindo de considerações históricas sobre a criança enquanto portadora de direitos. Destaca-se que por um longo período a criança não foi reconhecida como sujeito de direito, e a assistência à saúde não implicava a importância da permanência da família durante a internação. Assim muitas crianças foram internadas, sem a companhia dos pais, quebrando o vínculo familiar.

O segundo item do capítulo em questão busca problematizar a Política de Humanização no Brasil e a inserção do acompanhante pediátrico dentro desta perspectiva, uma vez que a PNH tem como finalidade reformular as práticas da assistência da saúde, visando colocar em prática os princípios do SUS, facilitando a comunicação entre gestores, usuários e trabalhadores, propondo a transversalidade nas ações de saúde em prol de um atendimento de qualidade. Vale ressaltar que a busca pela humanização é um desafio da atualidade, e no contexto pediátrico a humanização é muito importante devido a vulnerabilidade e a imaturidade de compreensão da criança sobre a sua condição clínica. Assim, o acompanhante se insere como elemento articulador para efetivar a promoção da humanização da atenção hospitalar e na recuperação da saúde da criança.

Considera-se que a inserção do acompanhante na enfermaria pediátrica está atrelada a conscientização dos direitos de cidadania infantil que se consolidou após a

efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente e dentro do processo de reestabelecimento da saúde da criança, demandas dos acompanhantes por melhor infraestrutura nas instituições hospitalares são identificados.

CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE

A primeira parte do capítulo realiza uma recuperação sócio- histórica da instituição hospitalar, procurando compreender o seu papel na sociedade e na assistência à saúde em diferentes momentos da história. Já a segunda parte, faz uma análise da Política de Saúde no Brasil a partir da década de 1920 até a conquista do direito à saúde consolidada na Constituição de 1988.

Este capítulo realiza uma análise sobre a construção da história da política de saúde no Brasil com o objetivo de fazer uma abordagem nas ações de saúde do período higienista, da assistência hospitalocêntrica e da política assistencial do período ditatorial que fomentou a base ideológica do Movimento pela Reforma Sanitária que lutou por um projeto de saúde de acesso universal que se consolidou num direito a Saúde a partir da Promulgação da Constituição Federal em 1988.

1.1A trajetória histórica da instituição hospitalar

Durante vários séculos, o modelo hospitalar vivenciou diversas transformações até chegar à estrutura hospitalar que conhecemos na atualidade.

A figura dos hospitais nem sempre foi tida como um espaço de cuidado e cura de doentes, mas um local onde se praticava a caridade, assegurando a salvação da alma tanto do pobre quanto da pessoa que prestava o cuidado.

Segundo Lisboa (2002, p.8), “a palavra hospital origina-se do latim *hospitalis* que significa “ser hospitaleiro”, acolhedor, adjetivo derivado de *Hospis*, que se refere a hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda”. Conforme Lisboa (2002), “na Antiguidade, muitos autores indicam a existência de hospitais no ano 543 a.c nos mosteiros budistas”.

Conforme Ornellas (1998), os primeiros lugares com características hospitalares foram construídos em Roma, no século II, nos templos, algo como hospitais militares romanos, que neste período não eram destinados aos cuidados da sociedade, mas voltados para os cuidados aos militares em recuperação das guerras.

A partir do século IV, segundo Ornellas (1998), são fundados estabelecimentos de assistência pelo Clero, formando os hospitais- cristãos e com a expansão do

cristianismo os hospitais- cristãos difundiram pela Europa, oriente e ocidente. Neste período surgiu uma nova concepção de doença e saúde que explicavam as doenças não como originadas pela natureza mais como castigo divino.

De acordo com Neto e Barbosa et al (2012, p. 581), “os registros mais antigos sobre o aparecimento do hospital remontam aos primeiros séculos da era cristã, durante o Império Bizantino, mais precisamente ao início do século IV d.C, após a conversão do imperador Constantino ao cristianismo”. Num contexto histórico de crença em milagres de cura realizados por Jesus Cristo e reconhecidos como atos de caridade, os hospitais surgem associados às ordens religiosas sob orientação do cristianismo apresentando uma função assistencial voltada à salvação da alma e uma função de exclusão social visto que a miséria era intrínseca a enfermidade.

Neste período, o hospital era uma instituição destinada aos pobres, era reconhecida por aqueles que necessitavam de cuidados e que na condição de doentes se transformavam em ameaça para a sociedade, ou seja, os pobres eram retirados do convívio social.

Lisboa (2002) explica que na idade média, o cristianismo trouxe uma visão humanística, introduzindo o conceito de assistência aos pobres, doentes, viúvas, órfãos entre outros excluídos da sociedade, a assistência disponibilizada aos necessitados eram sustentadas pelas contribuições dos cristãos.

A partir do século IV, são fundados pelo clero, em nome dos fundamentos da fé, estabelecimentos de assistência e abrigo, que virão a tornar-se os hospitais cristãos. O Concílio de Nicéia, no ano de 325, instruiu os bispos a criarem um Hospital em suas dioceses, reafirmando o cuidar dos enfermos como uma das sete tarefas da caridade cristã. (ORNELLAS, 1998, p. 255).

No Ocidente, o primeiro hospital construído foi entre 380 e 400 d. C e a fundação dos hospitais se efetivou a partir do ensino da medicina e da organização dos serviços sanitários. Em Cairo, em 1283, o hospital já apresentava a divisão das enfermarias, cada espaço ocupava uma determinada doença sendo a instituição administrado por médico que tinha como subordinados os auxiliares.

De acordo com Ornellas (1998, p. 256), “até o século IX, os doentes foram tratados nos conventos, em espaços a eles destinados, mas no ano de 816, o concílio de *Aix-la-Chapelle*¹ tornou necessárias a construção de hospitais nos conventos” e

¹ No Concílio de Aix-la-Chapelle (atual Aachen, na Alemanha), foram aprovadas na Regula canoniarum ou Regra d'Aix as normas relativas à institutione sanctimonialium, dedicadas aos

as ações voltadas para a assistência social no cuidado para com os doentes ofertados pela religião fizeram destes estabelecimentos mais religiosos do que terapêuticos.

O viés da caridade e a busca da salvação eterna dos “acolhidos” eram permanentes nos trabalhos religiosos e pode-se caracterizar que a dominância do cristianismo perdurou por longos séculos, através do controle de todas as esferas da sociedade. Porém, já no fim do regime feudal, muitos locais que eram utilizados para cuidar dos doentes entraram em decadência. Contudo, ao final da idade média a igreja já havia transferido as casas que eram utilizadas como hospitais para a iniciativa laica.

Segundo Ornellas (1998), com o enfraquecimento do feudalismo e com a crise da Igreja no século XII, os estabelecimentos hospitalares- religiosos entraram em decadência, muitos foram fechados e outros transferidos para a iniciativa laica e estas sob responsabilidade das municipalidades foram delineadas como Hospital Geral.

De acordo com Foucault (1999), o Hospital Geral, sob o cuidado dos municípios devido à crise e perda da hegemonia e da centralidade da Igreja Católica, era um lugar de internação onde misturavam os pobres doentes, os loucos e outros sujeitos excluídos da sociedade, não havendo prática médica, pois a medicina neste período era de cunho individualista. Houve uma profunda mudança devido à perda da centralidade religiosa, vale ressaltar que a característica de assistencialismo, de lugar para tratamento de doentes, de exclusão, permaneceu durante a Idade Média mesmo após a laicização dos estabelecimentos hospitalares.

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. (FOUCAULT, 1999, p. 59).

Segundo Moraes (2005), o hospital por diversas vezes provocavam mais doenças ao contrário de promover a cura, por questões sanitárias onde havia mistura em camas coletivas de doentes agudos com os doentes em recuperação associados à superlotação, ao alto índice de mortalidade e falta de recursos tornavam os hospitais um lugar nocivo à vida.

claustros de cónegas agostinianas. Dos 28 cânones então definidos, o último trata do dever de assistência no hospital do mosteiro a pobres e necessitados. (SANTOS, 2015, p. 78)

Segundo Foucault (1999), não havia prática médica neste período, pois não havia justificação científica que inserisse a medicina no âmbito hospitalar, a experiência hospitalar não estava incluída na formação médica e a intervenção médica era organizada a partir da observação do doente e da doença a partir dos primeiros sinais, para prever o aparecimento da crise. A prática médica não permitia um saber hospitalar e a organização hospitalar com viés religioso também não estava preparada para uma intervenção médica.

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado. (FOUCAULT, 1999, p. 60).

Segundo Neto, Barbosa et al (2012), o hospital moderno surge no contexto de mudanças econômicas, políticos e culturais que tornou a assistência aos pobres uma responsabilidade do Estado. Esta transição da administração religiosa para administração das cidades possibilitou a transformação dos hospitais em espaços de estudos, de tratamento e de formação médica.

A questão de cidadania emergente com a construção do Estado Moderno² de acordo com Ornellas (1998) aumentou a demanda por serviços de saúde e associado com a expansão do capitalismo, da apropriação dos meios de produção nos serviços de saúde (incluindo a prática médica), aliada à transformação dos saberes inseriu a instituição hospitalar no processo produtivo. Vale ressaltar que a transformação dos saberes fez com que o domínio médico ampliasse. Com o nascimento da clínica e da utilização de novas técnicas para diagnóstico, a medicina se conduziu para dentro do hospital que se define, de acordo com Ornellas (1998, p.258) “lugar onde os doentes podem ser observados, a causa de suas doenças descoberta, tratados e curados”.

Anterior ao século XVIII, o hospital era um lugar de assistência aos pobres, tendo a finalidade ainda segundo o pensamento de Foucault (1999), de exclusão, pois

² Segunda metade do século XV - a partir do desenvolvimento do capitalismo mercantil.

o pobre já necessitava de assistência e estando doente, poderia disseminar a doença pela sociedade, ou seja, ser um portador da doença.

O processo de disciplinamento e reorganização do espaço hospitalar, a legitimação social conquistada pelos médicos no debate sobre questões de saúde e a nova concepção teórica no qual a doença passa a ser compreendida como fenômeno natural originados da ação do ambiente sobre o indivíduo são fatores que dão conformação ao hospital moderno, e ainda conforme Neto, Barbosa et al (2012), através desta nova teoria sobre o processo saúde- doença, o ato terapêutico voltava-se não para o doente em si, mas sim para o que estava ao seu redor, sendo assim, não caberia fazer uma intervenção direta no domicílio do doente, e sim em um local apropriado e organizado para esta finalidade e sob controle médico. Nestas condições a medicina tornou-se hospitalar e a medicalização se inseriu no hospital e originou o hospital moderno.

Segundo Foucault (1999, p.57), “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova”. Entretanto a consciência de que o hospital poderia e deveria ser um instrumento destinado a “cura” aparece em torno de 1780 e é assinalado por nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais.

Nesse sentido, o elemento fundamental para a introdução da medicalização foi a disciplinarização no espaço hospitalar, e ainda de acordo com Foucault (1999), a transformação do saber e da mudança na intervenção médica propiciou a origem do hospital médico, onde não seria mais espaço dos doentes aguardando pela morte e sim um local de intervenção do doente objetivando a cura, ou seja, diferentemente da medicina de intervenção na crise, a medicina do meio volta-se para as condições ao redor do indivíduo, das condições naturais que incidem no processo da doença.

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. (BRAVO, 2009, p. 89)

Desse modo, segundo Neto e Barbosa et al. (2012), o século XIX, marcou o início do progresso científico e tecnológico e as sucessivas inovações fizeram do

hospital moderno de orientação médica, um lugar mais seguro, onde os serviços prestados eram mais efetivos.

Conforme Foucault (1999), a apropriação dos meios de produção de serviços de saúde pela prática médica, associado à tecnologia investida nos equipamentos que devem gerar serviços e lucros, viabilizou o processo de produção capitalista dentro do ambiente hospitalar que, por sua vez, possibilitou o avanço da medicina e a centralidade médica inerente ao capitalismo e a subordinação das outras profissões da saúde frente a hegemonia médica.

Conforme Castro (2007), esta subordinação frente a hierarquia médica induz o pensamento de desqualificação das profissões, visto que a profissão de destaque se reduz à medicina em detrimento às demais profissões inseridas e muitas específicas da saúde como enfermagem e fisioterapia, entre outras. Mais esta condição está alinhada ao fato da ideologia hierarquizada e dominante nas instituições hospitalares no qual uma profissão se sobrepõe, inferiorizando às outras seguindo a lógica capitalista em suas diferentes versões alienantes.

[...] optar por uma abordagem ampliada e qualificada do problema de saúde e de suas determinações, a partir do cotidiano dos usuários, é possibilitar a abertura de canais de escuta e comunicação propiciando a democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e a busca pelo fim da supremacia de uma profissão sobre a outra. (CASTRO, 2007, p. 145).

Na análise de Ornellas (1998), antes a comunidade era o espaço de cuidado, com o surgimento dos hospitais o espaço do cuidado sofreu modificações e o sujeito adoecido era internado e isolado da comunidade, perdendo seu vínculo social, familiar, e sua autonomia. Com a dinâmica do capitalismo que visa o lucro, o hospital tornou-se um espaço lucrativo e sua função social volta para a família e comunidade e assim o hospital torna-se um local temporário, pois determinadas doenças não possibilitam o retorno do capital investido.

O desenvolvimento das ciências biológicas no século XIX e os efeitos do capitalismo são refletidos nos custos dos serviços hospitalares e, conforme Ornellas (1998) ofereceu condições para que houvesse a superação na representatividade do hospital como lugar de doentes.

De acordo com Moraes (2005), o hospital se transformou em uma “máquina de curar” perdendo sua imagem negativa de lugar para morrer, atraindo assim, a atenção

daqueles que podiam pagar pela assistência à saúde, sendo construídos e reservados a estes pavilhões especiais.

Ao final do século XIX, conforme Neto, Barbosa et al (2012), a formulação da teoria microbiana que dão explicação às doenças infecciosas; o desenvolvimento da bacteriologia que favorece a produção de vacinas, além de propiciar recursos para obtenção de diagnósticos mais precisos, a descoberta do raio x que se difundiu em serviços hospitalares, etc., foram elementos que contribuíram para o desenvolvimento e fortalecimento da medicina científica e hospitalar.

No início do século XX, de acordo com Neto, Barbosa et al (2012), estas inovações alteram a prática e as possibilidades terapêuticas da medicina moderna que se legitima e consolida enquanto profissão hegemônica e o hospital desfruta de outra imagem, ao contrário do medo das pessoas em serem internadas, encontramos o desejo das pessoas na condição de doentes serem tratadas no hospital.

Conforme Moraes (2005) foi na década de 1950 que o hospital recebeu a conceituação que conhecemos hoje, e em 1957 a Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a orientar a atividade hospitalar estabelecendo o conceito de hospital moderno como:

Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos a família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais. (PEDROSA, 2004, p. 20, apud Moraes, 2005, p. 11).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua os hospitais como:

Todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos. (QUINTO NETO & BITTAR, 2003, p.13, apud Moraes, 2005, p. 11).

Conforme Neto, Barbosa et al (2012), é neste contexto histórico que acontece uma difusão de um determinado padrão de assistência à saúde, sofisticado tecnologicamente, com amplo e diversificado corpo clínico, organizado a prestar toda

e qualquer assistência, assim como, ofertar diversos tipos de serviços e procedimentos de saúde, com qualidade, segurança e conforto. O hospital se transforma em elemento fundamental no processo de atenção à saúde e este sistema de saúde é denominado modelo hospitalocêntrico que é um modelo de atenção à saúde onde favorece a hegemonia nas práticas curativas e hospitalares, em detrimento das práticas como a atenção básica que tem caráter tanto preventiva quando curativa.

Na particularidade brasileira, as Santas Casas de Misericórdia acompanharam o movimento da colonização por todo o seu território, mas apenas as principais cidades sediavam as Santas Casas, ou seja, a rede de proteção era insuficiente e inexpressiva para a totalidade da população.

Segundo Escorel e Teixeira (2012), durante o Brasil Colônia até o início do Império a medicina era exercida por um pequeno grupo de médicos de formação europeia estabelecidos nas maiores cidades, sendo os atendimentos ofertados as camadas mais altas da sociedade, ou seja, as ações médicas não eram para os pobres e escravos, estes quando doentes recorriam a curandeiros ou buscavam assistências aos hospitais da Santa Casa de Misericórdia.

A igreja católica como já caracterizada, teve uma participação fundamental no desenvolvimento dos hospitais com viés caritativo para manutenção da ideologia religiosa que foi consolidado a partir da criação das Santas Casas de Misericórdia e teve grande influência na trajetória histórica hospitalar brasileira.

Ao pensar sobre assistência médica no Brasil, a imagem que sobrevém quase que instantaneamente é a do Hospital da Santa Casa Da Misericórdia. Tal associação explica-se porque as ações pias de irmandades e ordens terceiras são inerentes à tradição portuguesa de assistência, desde o período medieval, e o império português reproduziu, em suas colônias, a assistência tanto médica quanto social (a órfãos, prisioneiros, doentes, loucos, etc.), as quais baseavam-se, sobretudo, nos trabalhos da Santa Casa de Misericórdia. (SANGLARD, 2005, p. 20-21)

De acordo com Neto e Barbosa et al (2012, p. 595), “a fundação do primeiro hospital no Brasil data de 1543”, na cidade de Santos, denominado de Hospital de 'Todos os Santos' e que posteriormente passa à denominação de sua mantenedora, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos”, hoje ainda em funcionamento e na condição de um dos maiores hospitais do país em capacidade instalada de leitos.

Segundo Sanglard (2005), estas irmandades exerciam importante papel na sociedade, pois formavam laços de solidariedade, oferecendo assistência espiritual e era um forte instrumento de coesão coletiva e tinha como objetivo o cumprimento das catorze (14) obras da Misericórdia que se traduziam em atendimento à infância (recolhimento de órfãos, enjeitados e roda dos expostos) e velhice (abrigo aos idosos), auxílio a doentes e loucos, distribuição de esmolas a viúvas e pobres entre outros.

Com a chegada da Corte Portuguesa em 1808, conforme Escorel e Teixeira (2012) foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras: a *Fisicatura-mor*³ e a *Provedoria-mor*⁴ de saúde. Nesse período, de acordo com Sanglard (2005), houve a abertura de cursos superiores, dentre eles o curso de medicina que a partir do século XIX já estava instalado dentro das Santas Casas. Segundo o autor supracitado, essa convivência de ensino e assistência religiosa não era favorável, visto que havia um conflito de interesses: a Igreja via o hospital como um lugar de caridade e o ensino médico visava à medicalização no hospital, vale ressaltar que os médicos neste período estavam condicionados às regras funcionais impostas pela irmandade.

No próximo item será analisada a política de saúde no Brasil procurando destacar seu desenvolvimento e características a partir do século XX.

1.2 História da política de Saúde no Brasil: do modelo previdenciário da saúde à Constituição de 1988

Após a Independência do Brasil, conforme Escorel e Teixeira (2012), “as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidade da Coroa Portuguesa”. Após ser extinta a Fisicatura-mor, as ações de saúde ficaram sob a responsabilidade das câmaras municipais já existentes em muitas regiões do país que agiam de acordo com os interesses da elite senhorial.

³ "Fisicatura-mor, era o órgão responsável por conceder autorizações e licenças para a atuação dos terapeutas. Assim, tanto os curandeiros como os terapeutas acadêmicos - médicos e cirurgiões - e práticos - sangradores ou barbeiros, parteiras - precisavam ter autorização para atuarem"(TORRES, 2008, p.10)

⁴ Cargo Político. O Provedor-mor governava a sanidade pública, cabendo-lhe a fiscalização dos portos e fronteiras terrestres visando o controle das epidemias e à inspeção sanitária

Por seu duplo papel de hospital público e privado no Brasil, as Misericórdias se transformaram, ao longo da história, em sinônimo de socorro médico. E foi justamente essa característica que as levou a representar um terceiro papel, o de hospital universitário que por sua vez acabou por fazer com que a terapêutica ganhasse suas enfermarias. As que primeiro adequaram suas estruturas à ação de medicina terapêutica foram as Santas Casas da Bahia e do Rio de Janeiro, por abrigarem as mais antigas faculdades de medicina do país. (SANGLARD, 2005, p. 28-29).

Em um contexto de crise sanitária durante o século XIX evidenciado por epidemias de febre amarela e varíola que se alastrou pelas cidades do país resultando no aumento da taxa de mortalidade da população, refletia a necessidade de mudanças nas ações de saúde pública.

Entre 1849 e 1851, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuada pelas provedorias de saúde criadas nas províncias. Em seu organograma constava, ainda, a Inspetoria de Saúde dos Portos, responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais do país. Vale notar que, por todo esse período, a ínfima atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves e lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemia, e à internação de loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841 pelo poder imperial. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012, p. 281)

Os surtos epidêmicos fizeram com que o Estado Imperial, inaugurasse os primeiros hospitais de isolamentos destinados à segregação e atenção dos doentes e ainda conforme Moraes (2005), estes hospitais de isolamentos, juntamente das clínicas privadas e hospitais de viés religiosos ou filantrópicos eram as únicas ofertas de assistência hospitalar a população naquele período.

Até os primeiros anos da República, ainda segundo Sanglard (2005), as Santas Casas conservaram sua hegemonia na assistência médica brasileira e como organização religiosa manteve ações voltadas para a caridade mediante a devoção, ou seja, o hospital permanecia sendo um lugar de ação caritativa e de exclusão de pessoas portadores de doenças contagiosas, pobres, loucos e expostos.

Conforme Escorel e Teixeira (2012), após a queda do regime monárquico e estabelecimento da República, algumas transformações são evidenciadas devido a expansão do setor cafeeiro no mercado internacional que favoreceu um novo bloco

de poder centrado nas oligarquias agrárias que alternavam o poder, período conhecido como política do “café com leite” (rotatividade entre representantes das oligarquias paulistas e mineiras na presidência). Houve o estímulo a urbanização devido a comercialização do café, que gerava capitais para investimento em infraestrutura no transporte ferroviário e nos portos como exemplo e indústrias, entretanto todo este crescimento econômico não fomentou transformações nos serviços de saúde.

A maior inovação neste período foi o estabelecimento da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória, que passou a englobar a febre amarela, a cólera, a peste, a difteria a escarlatina e o sarampo. (SCOREL E TEIXEIRA, 2012, p. 285).

Em 1896 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), com a finalidade de responder aos problemas de saúde que fugia da responsabilidade dos Estados, e em 1903, ainda conforme Scorel e Teixeira (2012), Osvaldo Cruz assume o DGSP num momento onde o governo havia um projeto de vacina compulsória à toda a população, de início recusado pelo Congresso, mas após um novo surto de varíola na Capital, a lei foi regulamentada e serviu de estopim para manifestações e rebeliões populares conhecidas como a Revolta da Vacina.

A criação do DGPS, de acordo com Scorel e Teixeira (2012), representou uma grande mudança na saúde pública que representou uma ampliação da grande responsabilidade do Estado nos problemas de saúde nacional. As ações eram centradas nas situações emergenciais de caráter provisório, os hospitais eram locais de isolamento que compulsoriamente isolavam os sujeitos acometidos por doenças epidêmicas (varíola, febre amarela entre outras) para que estes não se transformassem em amplificadores de epidemias. Vale ressaltar que os cuidados médicos e a busca pela cura ainda neste momento eram atividade secundária, a prioridade era isolar os doentes em hospitais para evitarem surtos epidêmicos.

De acordo com Scorel e Teixeira (2012), até o final do Império os serviços de saúde permaneceram sem grandes mudanças, as estruturas do serviço continuavam os mesmos, ou seja, procurando oferecer melhorias na capital do Império ignorando os demais municípios do país, com exceção daqueles que podiam pagar.

Centro político, cultural e comercial da nação, o Rio de Janeiro, no início do século XX, era a maior cidade do país. No entanto, seu perfil era de cidade colonial, decadente, suja e mal provida de serviços e equipamentos urbanos. Anualmente, a cidade era atacada por diversas epidemias que causavam milhares de mortes. A febre amarela era a doença que mais castigava a cidade. As epidemias eram tão violentas e constantes que muitos navios preferiam passar distante de seu porto e desembarcar suas mercadorias e seus imigrantes em Buenos Aires. Não era sem motivo que o Rio de Janeiro tornou-se conhecido como o “túmulos dos imigrantes”. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012, p.289).

As ações de saúde articulados pelo Estado até o momento, segundo Escorel e Teixeira (2012), eram voltados para as grandes cidades, devido ao desenvolvimento urbano. Em 1910, num processo de transformação do contexto sanitário favoreceu o surgimento da Liga Pró- Saneamento que visava à defesa de uma reforma sanitária, por melhorias dos serviços de saúde ampliando esses serviços para o interior do país, num movimento de saneamento rural.

Conforme Sobrinho (2013), a desorganização social, as transformações das cidades, o processo de limpeza social, ideologias de uma elite dominante justificava a questão saúde como as condições de vida dos mais pobres que eram precárias no ambiente urbano. Então a pobreza estava associada às doenças causadas pela falta de higiene e pelos locais de moradias em condições insalubres (cortiços) que nesta perspectiva propagavam doenças e era uma ameaça para a burguesia local. Surge então o médico sanitaria que visava uma ordem sanitaria com ações sanitárias no combate as epidemias.

De acordo com Colombani e Martins (2017), a higienização constituía uma política pública que unia a educação e a saúde e a partir do controle do corpo desde a infância influenciaria nas práticas higiênicas no futuro. Este controle do corpo contava com a inspeção médica, fichas sanitárias dos alunos preenchidas por professores que estavam treinados para desenvolver um olhar clinico que regulava as rotinas higiênicas, ações estas que violava a liberdade e não proporcionava a conscientização da população vulnerável. Propagava então um cenário eugenista⁵ e higienista que tinha como propósitos acabar com os comportamentos indesejáveis da

⁵ "Eugenia refere-se à seleção dos seres humanos com base em suas características hereditárias com objetivo de melhorar as gerações futuras. O termo foi criado pelo cientista inglês Francis Galton (1822 - 1911), em 1883. A eugenia defende que raças superiores e de melhores estirpes conseguem prevalecer de maneira mais adequada ao ambiente" (MAGALHÃES, 2017, p.01).

pobreza influenciada pelo discurso europeu de superioridade de uma raça sobre a outra.

Neste período do Higienismo, com ações voltadas para a prevenção e cura, a medicina reafirmou sua importância na melhoria das condições de saúde da população e a partir de 1920, segundo Finkelman (2002), com as propostas de Carlos Chagas no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), mudanças na organização da assistência à saúde foram propostas e promoveu a expansão dos serviços de saúde para além da capital brasileira, vale ressaltar que neste período muitas ações eram impostas a população incluindo se necessário a força policial para realização de vacinas, exames ou até para isolamentos compulsórios.

O pensamento higienista seria, então, uma das formas disciplinares que surgiram com o objetivo de reestruturar o núcleo familiar, mas isso só ocorre através do poder médico que se insere na política de transformação do coletivo, para compensar as deficiências da lei e entrar no espaço da norma. No casamento higienista deveriam existir três princípios básicos: o status social, uma boa saúde física e uma boa formação moral. Estes “pré-requisitos” para uma boa união atenderiam o objetivo principal da ordem higienista-médica, para possibilitar condições de produzir uma norma familiar capaz de formar cidadãos domesticados, normatizados, higienizados e individualizados, que se tornariam aptos a colaborar com o progresso da cidade, do Estado, enfim, da Pátria. (COLOMBANI, MARTINS, 2017, p. 282-283).

De acordo com Moraes (2005), o DNSP representou a primeira iniciativa pública sobre os problemas sanitários e de saúde em âmbito nacional. A criação do departamento ampliou as ações do Estado e implementou novas atividades no controle de epidemias, vale ressaltar que conservou algumas práticas como o controle de pessoas que em algum momento teve o contato com um doente ou que imigrou de um local de foco epidêmico. A assistência hospitalar a partir do DNSP começou a se relacionar aos poucos com as políticas previdenciárias.

O final da década de 1920 é marcado por grandes transformações e conforme Escorel e Teixeira (2012), uma crise econômica se instala devido a recorrentes crises de superprodução do café, aliado a quebra da bolsa de Nova York, em 1929, gerando insatisfação social que afetou o campo político que mostrava a insatisfação das oligarquias dissidentes reivindicando espaço na arena política. Neste período o Brasil apesar de agrário já caminhava para uma urbanização que potencializava o movimento operário que demandavam melhorias sociais, e estes movimentos favoreceram a queda da República do “café com leite”, culminando na chegada de

Getúlio Vargas no poder após um golpe que chegou com, “um novo projeto de construção nacional voltado para a integração nacional e para a valorização do trabalho e do operariado urbano”, período esse que ampliou a assistência à saúde, mas, esse aumento aos serviços de saúde mostra que a política de saúde do governo Getulista teve duas vertentes: a saúde pública e a medicina previdenciária (SCOREL, TEIXEIRA, 2012, p. 298).

Segundo Scorel e Teixeira (2012), o período de grandes transformações no campo econômico, político e social se evidenciam durante a Era Vargas, o que possibilitou a ampliação das ações públicas diante do projeto de construção e integração nacional. Com o surgimento de uma ação estatal relacionada à assistência médica a partir de 1923 com a Lei Eloy Chaves, inicia-se uma previdência social com as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), no começo direcionado para trabalhadores de empresas ferroviárias.

A primeira CAP foi criada em 1917 para funcionários da Imprensa Nacional. As CAPs eram entidades autônomas semipúblicas. Caracterizavam-se como fundos organizados por empresas, compostos por contribuição de trabalhadores (3%), empregadores (1% do faturamento bruto anual) e consumidores dos serviços das empresas (fração de tarifas). Eram administradas por empregados eleitos em assembleia e empregadores em colégio paritário. A participação do poder público estava prevista como controle externo, que poderia ser acionado no caso de conflito entre o segurado e a Caixa. Portanto, as CAPs eram organizações de natureza fundamentalmente civil e sua gestão era privada. Os recursos eram destinados às aposentadorias por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador. Algumas CAPs também prestavam assistência médica. (SCOREL E TEIXEIRA, 2012, p. 289).

Conforme Bravo (2009), as CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, os benefícios eram proporcionais às contribuições. A saúde era dividida entre saúde pública e medicina previdenciária. O setor da saúde pública centralizava suas ações na criação de condições mínimas para a população urbana, dando ênfase a campanhas sanitárias, ficando a população rural restrita ao acesso a saúde ainda neste momento.

Santos (1987) explica que a expansão do modelo previdenciário e o incremento da assistência médica individual era limitado aos trabalhadores inseridos na “cidadania regulada”, ou seja, inseridos no mercado formal com carteira assinada, organizados em sindicatos atrelados ao governo e aos interesses deste, ficando os

desempregados, trabalhadores rurais, empregados domésticos desamparados das ações de assistência do Estado.

Segundo Viana (1998), com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1933, durante o governo Vargas, foi constituído um sistema gerenciado pelo Estado de previdência social que agrupavam os trabalhadores por categorias profissionais e assim como as CAPs, ofertavam serviços médicos. A criação dos IAPs, segundo Bravo (2009), pretendeu ampliar para um número maior de categorias de trabalhadores urbanos os seus benefícios como forma de antecipar às futuras reivindicações destes trabalhadores.

Oliveira e Teixeira (1986) destacam que os gastos e a legislação dos institutos evidenciavam uma orientação contencionista que encaminhou para uma diminuição dos gastos por segurado, da concessão de aposentadorias, ou seja, foi instituindo limites para despesas com assistência médico hospitalares. Vale ressaltar que a arrecadação de recursos da previdência fomenta o projeto da industrialização do governo Vargas.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), no governo de Vargas, que segundo Escorel e Teixeira (2012, p.301), “deu continuidade as ações do antigo DNSP, chegando a suprimir algumas atividades realizadas por seu predecessor”, entretanto só em 1935, sob a gestão de Gustavo Capanema, citado por Escorel e Teixeira (2009, p.302), “foram retomadas as campanhas sanitárias, interrompidas em 1930, com ações contra a febre amarela e no campo materno-infantil”. A saúde pública sob a responsabilidade do MES destinava-se a solucionar problemas de saúde coletiva.

A Reforma Capanema, proposta em 1935, veio à luz no início de 1937, alguns meses antes da implantação, por Getúlio Vargas e seus aliados, do regime ditatorial que ficou conhecido como Estado Novo, orientada pelas diretrizes de racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central, a reformulação deu nova estrutura ao ministério, que passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES), modificando bastante seu funcionamento. De início foi ampliado o principal setor do ministério relacionado ao campo da saúde: o Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar Sanitária Internacional e da Capital da República”. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012, p.302).

Escorel e Teixeira (2012) demonstram que o Estado Novo teve um caráter centralizador nas ações de saúde pública e foram criados muitos serviços voltados

para a lógica campanhista de combate a doenças específicas, sendo que em todos os serviços nacionais tinham uma equipe definidas, com orientações específicas que dependendo da situação eram orientações centradas na erradicação ou no controle da doença específica. Observa-se que neste momento há investimentos na formação dos profissionais inseridos na saúde pública.

Ainda conforme Escorel e Teixeira (2012), a saúde pública por longo período teve característica excludente e centralizador. Entre a década de 1940 e 1950, surgiram no Brasil os modernos e grandes hospitais públicos a maioria deles de caráter previdenciário e que propicia a configuração da assistência hospitalocêntrica.

Segundo Neto, Barbosa et al (2012), o surgimento dos grandes e modernos hospitais públicos no país ocorre, sobretudo, durante as décadas de 1940 e 1950, quando são abertos: o hospital dos Servidores do Estado (RJ) em 1947, na época considerado o mais moderno estabelecimento hospitalar da América Latina; o Hospital Geral de Bonsucesso (RJ) em 1948; o Hospital da Lagoa (RJ) e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1944; o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 1955 e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná em 1961.

Importante destacar que na década de 1950, as epidemias de febre amarela e cólera foram fatores que contribuíram para as mudanças na relação doença e hospital, pois havia a necessidade de isolar os doentes e o Estado foi obrigado a intervir na administração destes espaços. Aos poucos os médicos foram assumindo o controle dos hospitais e o processo de medicalização e o ensino médico foi sendo introduzido no âmbito hospitalar. A laicização do hospital no Brasil foi longa devido à tensão conflituosa entre a visão médica terapêutica e a concepção religiosa de lugar de caridade.

Bravo (2009) explica que durante o período da Ditadura Militar o Estado favoreceu a acumulação do capital e a medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na medicina previdenciária. O setor saúde precisava assumir características capitalistas o que favoreceu o setor privado de saúde que priorizava a prática médica curativa, individual e assistencialista, estando articulada ao Estado a aos interesses do capital internacional.

No final da década de 1960 o país experimentou o modelo de atenção médico-hospitalocêntrico a partir da política de assistência previdenciária associada ao

desenvolvimentismo do regime militar. Os hospitais assim se tornam indispensáveis à vida moderna e o centro dos sistemas de saúde.

Segundo Ribeiro e Dacal (2012), o modelo hospitalocêntrico foi um norte para a criação de sistemas de saúde nacionais, no período da década de 1950 até meados da década de 1970, modelo este centrado na assistência médico hospitalar, na estrutura hospitalar moderna que se tornou símbolo de prestígio profissional e ampla sofisticação tecnológica focalizado nas práticas hospitalares e curativas em detrimento das práticas preventivas extra hospitalares. Importante destacar que da década de 1970 até os anos de 1980, este modelo hospitalocêntrico foi questionado quanto a sua sustentabilidade social.

Ainda segundo Ribeiro e Dacal (2012), as transformações nos contextos econômicos e sociais, as transformações na epidemiologia mundial, os avanços científicos e tecnológicos e os movimentos em defesa dos direitos de cidadania em prol da garantia de acessibilidade nos serviços de saúde, apontaram novas demandas na perspectiva de ações voltadas na prevenção, promoção e tratamento no âmbito ambulatorial, desenvolvidas na Atenção Primária. Estas questões acima citadas evidenciam a falência do modelo hospitalocêntrico como parâmetro para o sistema nacional de saúde, que passa a priorizar a Atenção Primária e a integração dos serviços de saúde.

Na análise de Escorel (2012), o período da Ditadura Militar suprimiu os direitos políticos e civis, governou o país a partir de Atos Institucionais e instituiu uma nova Constituição que legitimava o regime. Nessa direção, em 1968, após o decreto do AI-5, houve a intensificação da repressão, e após a Lei de Segurança Nacional em 1969, vivenciou um período conhecido como “anos de Chumbo”. A repressão estava associada ao momento de crescimento econômico e de modernização ambos subordinados ao capital nacional e multinacional e durante os primeiros anos do regime militar configurou um sistema de saúde a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que uniformizou os benefícios aos trabalhadores assegurados.

A criação do INPS, em 1966, configurou uma medida de racionalização administrativa sem alterar a tendência do período anterior de expansão dos serviços, em particular da assistência médica e da cobertura previdenciária. A função de capitalização, até então atribuição da previdência social, passou para outros mecanismos de poupança

compulsória, como FGTS, PIS e Pasep. Dessa forma, centralizada e unificada no INPS, a previdência passou a ter função assistencial e redistributiva, ainda que esta estivesse limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada. (SCOREL, 2012, p. 326).

Deste modo, Bravo (2009) afirma, que entre 1964 e 1974, durante o período ditatorial, o Estado utilizou a repressão/ assistência para sua intervenção e consolidação e a política assistencial neste período foi ampliada, burocratizada e modernizada com a finalidade de regular a sociedade, legitimando o regime e ao mesmo tempo servindo de mecanismo de acumulação capitalista. Assim, durante o período da Ditadura Militar, se configura um sistema de atenção à saúde estatal, expressa pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, que vivenciava uma duplicidade entre medicina previdenciária e saúde pública. Quem não contribuía para a previdência encontrava assistência em centros de saúde pública, em serviços filantrópicos ou no setor privado extensivo aos que podiam pagar pelos serviços de saúde.

A unificação da Previdência Social com a junção dos IAPs em 1966 se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2009, p. 6).

Segundo Escorel (2012), a partir do INPS, a contratação de serviços do setor privado de saúde foi intensificada, pois havia a alegação da incapacidade de fornecimento de assistência médica a todos os beneficiários o que estimulou o crescimento de uma organização voltada para o lucro da prática médica. A “medicina de grupo” foi uma modalidade de atenção à saúde que surgiu baseada no convênio com empresas sustentadas pela previdência social, ou seja, as empresas eram responsáveis pela assistência médica dos seus trabalhadores, e deixava de contribuir com o INPS e segundo a autora citada anteriormente “a medicina de grupo, orientada pelo lucro, tinha total interesse em diminuir a quantidade de serviços prestados e baratear os custos deste serviço” (SCOREL, 2012, p.328),

Foi durante o período repressivo que de acordo com os pensamentos de Escorel (2012), os problemas de saúde se tornaram base ideológica para fortalecer o

movimento sanitário que objetivou uma transformação no sistema de saúde. O Brasil incorporou o modelo preventista iniciado nos Estados Unidos da América na década de 1960 que recebeu estímulos da Organização Pan- Americana da saúde (Opas) e disseminou programas de medicina comunitária direcionada a população empobrecida. Estes programas estavam vinculados com o Departamento de Medicina Preventiva (DMPs) e utilizadas na prática profissional de estudantes de medicina para proporcionar uma visão extra-hospitalar outros setores estudantis interessaram por estes programas experimentais. Este ideário era questionado por ser ineficiente para transformar a realidade sanitária e foi construída uma “teoria social da saúde a partir da abordagem histórico- estrutural, materialista, marxista, que travou uma luta teórica com duas outras escolas de pensamento: a preventista liberal e a racionalizadora técnica”. (SCOREL, 2012, p.332).

A partir de 1974, segundo Escorel (2012), a visibilidade das políticas de saúde se ampliou devido à crise sanitária e aumento na mortalidade infantil, epidemias e acidentes de trabalho, entre outros, assim, surgiu um movimento com pensamento articulado que traziam propostas transformadoras que tomou forma como movimento sanitário com participação dos profissionais da saúde, movimento estudantis e docentes.

O Movimento Sanitário consolidou-se a partir dos anos 1980, e trouxe um novo pensamento que foi se transformando em força política, ampliou sua organização e estabeleceu alianças com outros movimentos que traziam propostas inovadoras e trabalhou num projeto para a saúde universal mediante um novo regime democrático e justo no quais lutavam e acreditavam, ficando conhecido como Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento teve três vertentes principais: O movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) caracterizado pela difusão da teoria da medicina social, o movimento de médicos residentes e de renovação Médica que caracterizava uma atuação política visando à conscientização no interior da categoria na luta por melhores condições de trabalho e a academia formada por profissionais da docência e pesquisa que construiu um marco teórico do movimento e de sua base de consolidação do movimento sanitário (SCOREL, 2012).

Na construção do Projeto de Reforma Sanitária, segundo Bravo (2009), destacam-se os profissionais da saúde e movimentos sociais urbanos que defendiam melhorias na saúde, ultrapassando o corporativismo em prol do fortalecimento do

setor público juntamente com o Centro Brasileiro de Estudo de saúde (CEBES), que foi um grande difusor do debate sobre democracia e saúde. Assim a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi um acontecimento fundamental para a Questão Saúde que ultrapassou a análise setorial propondo não só um Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde a definição de saúde passou a ser:

Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.4).

A saúde foi inscrita na Constituição Federal de 1988 e o capítulo 02 da Seguridade Social afirma em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” inaugurando a entrada da saúde em sua fase universalista. (BRASIL, 1988, p. 118, 119).

A Constituição Federal é um marco na redemocratização do país, que institucionalizou e estabeleceu garantias fundamentais a todos os cidadãos como, por exemplo, temos a Seguridade Social que integra o Título VIII da Ordem social no Art. 194 que se compreende como “o conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social”. (BRASIL, 1988, p. 117).

Segundo Mattos (2009, p. 43), a Constituição “reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde e delinea um sistema único (SUS)”, que tem como princípios a universalidade no atendimento integral, a equidade nas ações de saúde, focando na descentralização dos serviços e pautado na participação da comunidade no controle social que exige uma participação popular na elaboração, fiscalização e implementação das políticas sociais inclusive no setor saúde.

A efetivação do direito à saúde é garantida pela Constituição e consta (BRASIL, 1988, p.118-119), no Art. 196 a saúde como “direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Encontramos no Art. 198 (Brasil, 1988, p.119) “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” ao dar ênfase no “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” promove a não fragmentação da atenção em saúde e conforme Nogueira e Mito (2009) sugere um modelo que não tem pressuposto a cura de doenças, incluindo novos fatores socioeconômicos e culturais como determinantes de saúde.

O texto Constitucional de acordo com Teixeira (1989) atendia em grande parte as reivindicações do Movimento Sanitário, sendo os principais aspectos aprovados o direito universal à saúde, que colocava um fim com a discriminação presente sobre quem tinha o direito à saúde até aquele momento, com um padrão mais redistributivo e igualitário. Os serviços de saúde passariam a ser considerado de relevância pública, o Sistema Único de Saúde integraria todos os serviços públicos em rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, com participação da sociedade e com atendimento integral. O setor privado teria uma participação complementar, a destinação de recursos públicos seria vedada a instituições com fins lucrativos e a proibição da mercantilização de hemoderivados.

Conforme Mattos (2009), esta proposta estava contrária às posições no debate internacional com ideias conservadoras sobre políticas de saúde influenciadas pela política de ajuste neoliberal que sugeria a redução do Estado tanto em questões sociais quanto na economia.

A abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem geralmente não funciona” (WORLD BANK, 1987, p. 3 apud MATTOS, 2009, p. 44).

Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde” regendo-se pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização e o controle social e regulamentado

pela Lei nº 8.142 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde” (BRASIL, 1990).

Desse modo, o SUS passa a se constituir um sistema universal de atenção à saúde garantida por lei, que buscou corrigir as injustiças sociais históricas na área da saúde, e consagrou as discussões realizadas pelo movimento da Reforma Sanitária na década de 1980 (BRAVO, 2009).

Entretanto Mota (2005), afirma que a partir da década de 1990, com a política neoliberal, inicia-se um retrocesso na Seguridade social, estabelecendo um processo de precarização, privatização e mercantilização da saúde que beneficia o setor privado de saúde e que alimenta a subordinação do público frente o privado. Assim, conforme Duriguetto (2008, p.58), “a elaboração e implementação das políticas sociais sob o evento econômico neoliberal vão à contracorrente de uma característica universalizante”, o que compromete a consolidação dos princípios do SUS.

Como se pode observar a partir das discussões realizadas nesse capítulo o conceito de saúde e a percepção do direito à saúde passaram por diversos estágios de desenvolvimento, inaugurando um novo modo de pensar a saúde (na perspectiva do direito) e a instituição hospitalar. O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar do contexto adverso para sua plena consolidação, segue sendo uma grande conquista no âmbito dos direitos sociais, e instrumento na luta pela saúde como um direito.

Nesta direção, considerando a conquista do direito à saúde, no próximo capítulo será discutido o direito do acompanhante na assistência à saúde da criança hospitalizada.

Capítulo 2: O Direito ao acompanhante na internação pediátrica: dificuldades e limitações estruturais dentro da Instituição hospitalar.

Esse capítulo realiza uma abordagem sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), os princípios e diretrizes desta política, buscando analisar a inserção do acompanhante pediátrico como direito e o desafio pela humanização da assistência à saúde.

Assim, na primeira parte do capítulo realiza-se uma análise sobre a criança enquanto sujeito de direitos, enfatizando o cuidado à saúde desse segmento populacional, principalmente no âmbito da internação hospitalar, e seu processo histórico.

Na segunda parte faz-se uma análise sobre a Política Nacional de Humanização da Saúde e o direito ao acompanhante na internação pediátrica, bem como as problemáticas enfrentadas por esses acompanhantes durante o processo de internação, sua importância e desafios para a efetivação desse direito no cotidiano do SUS.

2.1 A efetivação do direito ao acompanhante dentro de instituições pediátricas após o ECA.

Segundo Thomazine e Passos, et al (2008), não existia o sentimento de infância até o século XV, assim que a criança pudesse viver sem os cuidados da mãe ou de um responsável eram inseridos no mundo dos adultos, se comportando e sendo tratados como adultos. Com a expansão do capitalismo no século XVII, a criança passou a ter importância dentro das famílias e da sociedade, pois se tornaram mão-de- obra futura. No final do século XVII, a escolarização passou a exercer influência positiva dentro das famílias em relação às crianças e já no século XIX e XX os pais já se interessavam pela educação dos filhos. Estas transformações sociais fizeram com que as famílias se organizassem em torno das crianças.

A atenção e os serviços especiais para a assistência de crianças desenvolveram-se, sobretudo nos últimos cem anos. Antes, os hospitais de crianças ou departamentos exclusivos para elas eram raros. As crianças doentes eram colocadas em leitos ao lado de adultos. (SILVA, SANTOS, CINTRA, 2009, p. 14).

Desse modo, por um longo período a assistência à criança e adolescente não implicava a importância da permanência dos pais/acompanhantes durante o período de internação (SILVA, SANTOS, CINTRA, 2009).

De acordo com os autores Rocha, Lima e Scochi (1997, p. 28), “o movimento de proteção à maternidade e a infância tem origem na sociedade ocidental por volta de 1750”. Neste período, as mulheres e crianças foram inseridas no mercado de trabalho expostos à precarização do trabalho, alimentação e a altos índices de mortalidade devido à precariedade de saúde o que motivou a proposta de assistência social para a criança pobre e abandonada no século XVIII. Assim, a pediatria emergia de forma a ser mais que uma especialidade da medicina, sendo também um movimento que desenvolvia serviços de assistência a fim de prevenir doenças e reduzir a mortalidade materna e neonatal.

A assistência à criança hospitalizada, no decorrer de sua história, principalmente a partir de fins do século XIX, vem sofrendo transformações significativas desde a prática médica clínica, individualizada, com abordagem

meramente microbiológica até a proposta do alojamento conjunto pediátrico, tendo como foco da assistência o binômio criança-família. Estas mudanças foram determinadas, sobretudo, pela organização social, pelo valor e significado que a sociedade deu à criança em cada momento histórico, pelo modo de produção, pelo desenvolvimento da medicina e pela incorporação das ciências humanas e sociais na formação dos profissionais de saúde (THOMAZINE, PASSOS ET AL, 2008, p. 147).

A partir da evolução das ciências biológicas no século XIX, conforme Thomazine, Passos et al (2008), a criança passou a ser vista como ser único, com características próprias para cada fase de desenvolvimento, e dentro do contexto hospitalar, o adoecimento levava ao enfrentamento do corpo biológico e a prevenção de transmissões de doenças era por meio do isolamento, sendo assim, mãe e familiares eram afastados, não havendo envolvimento com as crianças e com os profissionais. Esta lógica gerava problemas na saúde das crianças como um desajuste familiar.

A presença das mães seria fator de desorganização, já que elas interfeririam nos cuidados, atrapalhando o tratamento e contribuindo para a disseminação de infecção, além de aumentar o custo da hospitalização. A transformação desta realidade tornou-se possível a partir da mobilização de pediatras, num movimento de humanização nas enfermarias pediátricas que foi de forma gradual e possibilitou a inserção dos acompanhantes nas enfermarias pediátricas para um acompanhamento mais acolhedor e integral. (TOPOROVISK, 1988, p. 260).

Ainda conforme Thomazine e Passos et al (2008), as grandes mudanças no cuidado com as crianças hospitalizadas emergiram com o desenvolvimento das ciências humanas e sociais na formação dos profissionais de saúde que contribuiu para o atendimento das necessidades desta população de acordo com sua fase de desenvolvimento e crescimento e contribuíram também para o entendimento da importância da inserção dos pais ou acompanhantes no processo saúde- doença.

Na análise de Severino (2016), o direito a presença do acompanhante na hospitalização pediátrica é uma conquista recente, cujo marco é a década de 1990. Entretanto, era um tema debatido desde a década de 1950, onde já havia a preocupação com a inserção familiar como forma de assistência dentro do contexto hospitalar pediátrico.

Segundo Lima (1999), a publicação do *Relatório Platt*⁶, na Inglaterra, (MINISTRY OF HEALTH, 1959), relatava esta preocupação com o bem estar da criança durante o processo de hospitalização, e a presença de um acompanhante foi uma alternativa encontrada para ajudar na condição emocional e psíquica da criança. Este relatório representou um marco para minimizar os efeitos da hospitalização pediátrica, estabeleceu atenção e cuidados referentes à criança defendendo a permanência integral da família durante a internação.

Segundo Rangel e Garcia (2012), no Brasil, antes da Constituição Federal de 1988, as crianças e adolescentes eram internadas em hospitais sem a companhia dos pais ou outros responsáveis legais, quebrando assim o vínculo familiar. Esta saída repentina da vida familiar causava danos emocionais e desespero naturalizado pela assistência, pois não fazia parte da sua rotina, não eram reconhecidos como sujeitos de direitos e num contexto histórico onde os usuários da saúde pública brasileira pertenciam à classe desfavorecida, não havia o direito de expressar opiniões e ter o acesso minimamente à saúde, era um benefício concedido pela instituição de saúde.

Desse modo, a inserção do acompanhante na internação pediátrica e sua participação nos cuidados com a criança hospitalizada estão atreladas a conscientização dos direitos de cidadania. Gomes e Erdmann (2005) pontua que o Estado de São Paulo foi o primeiro a assegurar este direito às famílias, a partir da década de 1980, por meio da Resolução nº SS -165 de 12/10/1988 que possibilitou o desenvolvimento do Programa “Mãe Participante”, que dispõe sobre as condições mínimas de participação da mãe na assistência hospitalar da criança.

O direito da mãe em permanecer junto ao filho durante a hospitalização (todo o período diurno) e de acordo com as possibilidades também no período noturno; condição passíveis de conforto para a mãe (higiene, alimentação, repouso); horário livre de visitas para o pai; aproveitamento do período de hospitalização para educação sanitária dos pais e apoio psicológico em relação à doença sempre que possível através de uma equipe multiprofissional que deverá ser composta por médico, enfermeiro, psicológico, nutricionista, assistente social, terapeuta educacional e recreacionista (TOPOROVSKI, 1988, p. 260).

⁶ O Relatório PLATT foi elaborado pelo Comitê de Bem-Estar da Criança no hospital e constituído pelo Conselho Central de Serviços de Saúde de Londres (FRANCO & AGUILLAR, 2007).

A criança e o adolescente hospitalizado sofrem uma interferência em sua rotina diária ao se encontrar num ambiente desconhecido, separado da vivência familiar e do seu contexto social e essa situação remete à insegurança trazendo a ansiedade. Esteves e Antunes et.al (2014), ao analisarem a importância da presença do acompanhante em internações pediátricas descrevem o impacto da hospitalização na vida da criança, ressaltando o stress e sensação de desamparo, pela ansiedade de viver; o confronto diário com o desconhecido, que predispõe alterações no comportamento - sejam agressivos ou repressivos - buscando o isolamento ou a falta de verbalização; o medo ao ver uma pessoa de jaleco branco etc., são situações compreensíveis devido à falta de entendimento e de controle da criança sobre sua nova condição.

Para Severino (2016, p.1), o processo de hospitalização de crianças gera situações estressantes, não só para a criança doente, mas também para os seus responsáveis, visto que, o processo de internação predispõe a uma adaptação em um ambiente inicialmente hostil, provocado por um processo de adoecimento, que requer apoio emocional para os sujeitos envolvidos e só a continuidade de um vínculo fraterno pode amenizar o sofrimento e ajudar no enfrentamento da internação hospitalar.

Este impacto emocional pode interferir diretamente na recuperação da criança e os hospitais tendem a investir na humanização dos espaços físicos, como a decoração do ambiente que remetem à infância, transformando as rotinas mais acolhedoras. Entre as mudanças provocadas pelo movimento da humanização pediátrica, temos a inserção do acompanhante, o incentivo aos pais a participarem do cuidado com a criança, o horário de visita extensivo, a construção de espaços lúdicos como parquinhos e brinquedotecas. (Esteves, Antunes e Caires, 2014).

De acordo com Silva, Santos e Cintra (2009), o direito da criança e do adolescente em ter um acompanhante na internação hospitalar se consolidou após a efetivação da Lei Federal n.º 8.069 de 13 de Julho de 1990 que se refere ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que colocou em prática o acesso integral a assistência à saúde e valoriza a importância da presença e da participação da família/acompanhante no processo de hospitalização.

Art. 3- A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção integral de que trata

esta lei, assegurando-lhes, por lei ou outros meios, todas as oportunidades, e facilitadores, a fim de facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

A partir desta perspectiva, devemos entender a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, assegurando a materialização do conceito de cidadania infantil. Segundo o ECA é “dever da família, sociedade e poder público, efetivar os direitos referentes à saúde e a vida...” e o direito à liberdade consiste na participação da vida familiar o que efetiva o direito do acompanhante durante a internação hospitalar de gestantes, puérperas, crianças e adolescentes.

Art.12 Os estabelecimentos de saúde, inclusive as unidades neonatais de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (redação dada pela Lei nº 13.257 de 2016).

É importante destacar que o ECA apesar de garantir o direito da criança e do adolescente em ter um acompanhante durante toda a hospitalização, não garante as condições mínimas de conforto e acolhimento para os acompanhantes dentro das instituições hospitalares. Assim, o direito de acompanhar crianças e adolescentes hospitalizadas é uma conquista garantida por lei e está entre os principais dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) que visa promover a atenção integral à criança e o adolescente hospitalizado, entretanto, vale ressaltar a necessidade de adequar a infraestrutura, habilitando a equipe para oferecer assistência de qualidade.

A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma resignificação do “lôcus hospitalar” como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promovem mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da Política Nacional de Humanização. (PNH, 2010, p. 140)

Segundo Dibai (2005), os acompanhantes compreendem sua importância dentro do processo de restabelecimento da saúde da criança e identificam suas demandas relacionadas a uma melhor infraestrutura nas instituições hospitalares que promova melhores condições de acomodação oferecidas ao acompanhante para sua

permanência nas enfermarias o que possibilita uma melhoria na assistência à criança. Vale ressaltar que algumas demandas visa um melhor suporte por parte da equipe de saúde no sentido de melhor orientação e informação sobre rotinas, procedimentos, resultados de exames e evolução clínica durante o período de hospitalização da criança. A falta de informação é um fator que predispõe a irritabilidade por parte dos acompanhantes que associado ao tempo de internação, vivenciando situações estressantes pode levar a um comprometimento do entendimento sobre a política institucional assim como as rotinas no ambiente hospitalar.

A família não deve ser vista como mera expectadora do processo terapêutico, mas como participante ativa, colaboradora do processo de tratamento da criança, devendo, portanto, ser informada do estado de saúde do seu filho e de sua participação no projeto terapêutico. (CRUZ, COSTA, NÓBREGA, 2006, p. 102).

Para Sousa, Gomes e Santos (2009), conflitos entre a equipe de saúde e acompanhantes são fatos frequentes durante a hospitalização, devido a demandas e questionamentos por parte dos acompanhantes muitas vezes não atendidos pela equipe de saúde, e estes conflitos podem representar uma ideia negativa a presença do acompanhante dentro do setor pediátrico.

De acordo com Facio, Matsuda e Higarashi (2013), é necessário investir na educação continuada da equipe de saúde para uma atuação mais humanizada na unidade pediátrica com a finalidade de minimizar conflitos em benefício do fortalecimento de vínculos entre acompanhantes e profissionais e fortalecimento do protagonismo da família no processo do cuidado e da recuperação da saúde da criança hospitalizada.

Ao favorecermos a participação ativa da família no cuidado à criança no hospital, dentro daquilo que ela sabe, pode e quer fazer estamos incentivando-as no exercício de sua cidadania e no desenvolvimento de competências e habilidades enquanto cuidadoras de suas crianças. GOMES E ERDMANN, 2005, p. 27).

De acordo com Gomes e Erdmann (2005, p. 27), o profissional de saúde deve estar preparado para dividir com o acompanhante a responsabilidade do cuidado com a criança durante a internação, ou seja, o acompanhante deve ser visto como cuidador, pois a sua inserção na saúde incide em seu cuidado afetivo, de proteção, e de superação no processo de internação, não devendo ser confundido com os

cuidados prestados pelos profissionais que tem viés técnico. Vale ressaltar que esta função cuidadora não pode ser confundida e transformar o acompanhante em mão de obra gratuita.

Barbosa (2018), ao analisar a importância do acompanhante no processo de promoção e recuperação e as dificuldades por eles vivenciadas traz uma ponderação:

Os familiares de pessoas hospitalizadas contribuem no seu tratamento e recuperação, auxiliando a equipe de saúde no detalhamento de informações importantes, sendo um elo de comunicação do usuário com os profissionais. Entretanto, percebemos que muitos dos profissionais ainda não estão preparados para acolher os familiares nas demandas que lhe são apresentadas, e as instituições ainda não dispõem de uma política plenamente voltada para a inserção do acompanhante em suas unidades de internação, apesar das leis que regulamentam esse direito (BARBOSA, 2018, p. 29).

Conforme Dibai (2005), os hospitais não dispõem de políticas voltadas à inserção dos acompanhantes nas unidades de internação o que viabiliza dificuldades em termos de infraestrutura necessária a acomodação do acompanhante que atualmente são insatisfatórias e interferem na assistência prestada à criança hospitalizada. Podemos elencar dificuldades relacionadas ao espaço físico, na falta de armários/ equipamentos para guarda de pertences, falta de mobiliário adequado para repouso e sono durante todo o processo de internação e locais adequados para higienização das roupas utilizadas diariamente tanto pelas crianças quanto dos acompanhantes que ficam longos períodos hospitalizados e muitas vezes longe de suas residências.

Dibai e Cade (2009, p.88) enfatizam que “o cuidado não é tarefa fácil, pois envolve lidar com os limites humanos, com a vida, com a doença e com a própria morte, elementos que rondam constantemente o cenário hospitalar”, situação que predispõe uma dificuldade na permanência dos acompanhantes. Segundo o estudo de Szareski et al (2009), o estresse evidenciado pela vivência diária do sofrimento da hospitalização nos acompanhantes apresentam um desgaste físico que leva a um cansaço generalizado, desgaste mental e emocional e alterações fisiológicas como o emagrecimento.

Através dos estudos de autores como Dibai e Cade (2009), Szareski et al (2009) e Romão et al (2010), podemos evidenciar dificuldades dos acompanhantes além do processo patológico, pois a hospitalização impõe regras e normas que exige uma reestruturação e uma readaptação de horários e rotinas pré-determinadas e o

cumprimento destas rotinas específicas dentro de um ambiente estranho e desagradável que traz insegurança e constrói a negação da própria individualidade devido o processo de acompanhamento de uma pessoa hospitalizada. Outras dificuldades problematizadas encontram-se no processo das relações sociais, como a necessidade de interação com outras pessoas dentro do ambiente hospitalar e nas relações de trabalho, pois há preocupação quanto à manutenção do emprego devido ao afastamento de suas atividades laborais durante todo o período de hospitalização.

Sendo assim, apesar do direito de acompanhar crianças e adolescentes hospitalizadas ser uma conquista garantida por lei e está entre os principais dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) que visa promover a atenção integral à criança e o adolescente hospitalizado, ressaltamos a falta de estrutura para os acompanhantes, a necessidade de adequar a infraestrutura dentro das instituições hospitalares a fim de garantir o acesso aos direitos e promover uma assistência de qualidade.

2.2 Políticas de Humanização no Brasil e a inserção do acompanhante pediátrico dentro desta perspectiva.

A Política de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003 com a finalidade de reformular as práticas assistências da saúde e, para além da proposta do Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que focava nas instituições hospitalares, expandiu a perspectiva de humanização a todos os âmbitos do setor saúde (MONGIOVI et al, 2014).

Esta política pública visa colocar em prática os princípios do SUS a fim de produzir mudanças no processo de trabalho e na gestão do cuidado tendo por finalidade o método de inclusão que favorece a comunicação entre usuários, gestores e trabalhadores no intuito do enfrentamento das relações de poder, na busca por práticas humanizadas em prol da autonomia, do cuidado em si e do protagonismo dos sujeitos, visando ainda a corresponsabilidade dos profissionais de saúde e usuários. Compreende-se que as mudanças por melhorias na saúde são construídas de forma coletiva, e compartilhada a partir da participação de todos os sujeitos inseridos no processo saúde/doença. (PNH, 2013).

A PNH tem como princípios: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as ações de saúde, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, a transdisciplinaridade e a educação permanente da equipe de saúde. (PNH, 2013).

Dentre as diretrizes da referida política, citamos a gestão participativa e cogestão, o acolhimento, a ambiência, a clínica compartilhada e ampliada, a valorização dos trabalhadores e melhores condições de trabalho, a defesa dos direitos dos usuários do SUS, o fortalecimento de Grupos de Trabalho em Humanização, a sensibilização da equipe de saúde em atentar aos problemas de violências que perpassam vários grupos (mulheres, idosos e crianças), preocupação com a questão do preconceito e estigmas contra gêneros e raças entre outros. (PNH, 2013).

Segundo Mongiovi et al (2014, p. 307), “a humanização da saúde é vista no contexto atual como um movimento integrador das relações de saúde, buscando uma melhoria do atendimento e um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado”, sendo assim, a humanização pressupõe melhoria nos atendimentos da saúde em sua totalidade, de facilitar o acesso da população ao SUS e promover uma escuta atenta por parte dos profissionais de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Podemos elencar como objetivos da PNH: a redução de filas e tempo de espera para atendimentos, o direito ao acesso universal, a busca pela troca de saberes entre os profissionais, o fortalecimento do trabalho em rede e a construção de redes interativas e participativas (PNH, 2013).

Segundo Castro (2018), os direcionamentos propostos pela política de humanização estão voltados à criação de espaços de troca entre gestores, trabalhadores e usuários a fim de proporcionar a valorização dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção a saúde e a corresponsabilidade entre eles, promovendo autonomia e o protagonismo dos sujeitos.

A humanização é entendida como o aumento no grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, bem como uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, que se fundamenta na troca e construção de saberes entre profissionais, no trabalho, em equipe e nas necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde. (CASTRO, 2018, p. 122).

De acordo com Benevides e Passos (2005), no início do ano 2003, houve um debate defendendo o tema humanização como fundamental dentro da política pública de saúde. Havia um tensionamento de propostas e concepções diferentes sobre humanização que se transformou num desafio, pois era uma demanda dos usuários e pauta menosprezada por gestores e trabalhadores da saúde. O debate ia se construindo em torno da precarização do trabalho, da falta de compromisso na assistência aos usuários da saúde pública, da fragmentação das práticas, da dificuldade de pactos entre as esferas de governo. Estes elementos corroboravam para tornar complexa a tarefa de construir uma ação eficiente que promovesse o acesso universal e integral a todos.

Na análise de Castro (2018), a PNH foi criada num contexto neoliberal de ataque as políticas sociais e de denúncias em torno da ‘desumanização na saúde’, de dificuldades de acesso e de má qualidade da saúde, num momento de euforia política pela eleição de Luiz Inácio Lula da Silva e com a entrada de sujeitos que faziam parte do movimento da Reforma Sanitária no Ministério da Saúde, período marcado por revelar o agravamento das condições de acesso e da debilidade do SUS que gerava uma crise na saúde brasileira e que justificava a implementação desta política pautada na universalidade no acesso.

[...] o debate sobre humanização, ganha ênfase no processo de contrarreforma do Estado, e representou uma forma de escamotear os problemas em torno do acesso e da qualidade dos serviços, oriundos do processo de focalização dos programas, precarização das relações de trabalho, sucateamento dos hospitais e limitação do financiamento público. (CASTRO, 2018, p. 161).

Conforme a autora citada, ênfase na humanização num contexto de sucateamento dos serviços públicos de saúde, representa uma forma de esconder os problemas de acesso e de qualidade dos referidos serviços. Assim, esta política se insere num contexto de mercadorização da saúde e se constrói como alternativa para a chamada crise da saúde (CASTRO, 2018).

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização foi se afirmando em torno de um novo conceito de saúde pautado no cuidado em saúde no intuito de promover mudanças assim de como colocar em prática os princípios do SUS nos serviços de atenção à saúde a fim de promover mudanças na gestão e nas práticas de saúde (CASTRO, 2018).

A humanização se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Investíamos na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e co-responsável que está na base do SUS. Uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque construindo permanente e solidariamente laços de cidadania. (BENEVIDES, PASSOS, 2005, p. 563).

A busca pela humanização na assistência é um desafio da atualidade e está associado à criação de vínculos entre equipe de saúde e família e também a percepção favorável da importância do acompanhante na participação do cuidado. O direito ao acompanhante e a visita aberta nos hospitais são temas abordados na PNH e foi implementada pelo Ministério da Saúde a partir de 2004. Segundo Benevides e Passos (2005), o programa de humanização tem caráter democrático, mas se encontrava burocratizado e focalizado. Assim, a proposta de humanização vem resultando em formas instituídas e segmentadas por áreas (saúde da criança, da mulher, do idoso...) e centralizadas em algumas profissões como Assistentes Sociais e Psicólogos/as.

A humanização no contexto da pediatria segundo Gomes, Queiroz, et al (2012), se faz relevante devido a imaturidade de compreensão sob sua condição clínica pela criança, pela vulnerabilidade associada ao afastamento do seu convívio social, a adaptação ao novo, da limitação física diante dos procedimentos dolorosos, situações traumáticas que revela insegurança e medo para as crianças e acompanhantes. E associado a estas questões, segundo Esteves, Antunes e Caires (2013), o contato com pessoas desconhecidas, a não compreensão de rotinas e procedimentos etc., são apontados como situações responsáveis por comportamentos regressivos como, por exemplo, a enurese⁷, fobias por agulhas e de jalecos brancos, associados a alterações no comportamento como isolamento social, mutismo e agressividade, dificultam a socialização hospitalar.

A criança que permanece longos períodos internada ou que retorna muitas vezes ao hospital é a que mais sofre com a influência do meio hospitalar,

⁷ Enurese é o termo médico que define a emissão involuntária de urina.

porém, é a que mais contribui para os estudos de humanização, com sua percepção dos espaços e das interferências médicas sobre o seu corpo. (CECCIM & CARVALHO, 1997, p.12).

Conscientes do impacto que o ambiente hospitalar pode influenciar no bem-estar e recuperação da criança, muitos hospitais investem na humanização de seus espaços e rotinas a fim de torna-los mais acolhedores, buscando atenuar as experiências negativas vivenciadas pela criança durante a internação. (ESTEVES, ANTUNES & CAIRES, 2013).

De acordo com a PNH, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/ serviços/ trabalhador/ equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Para operacionalização do acolhimento, é proposta uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, a fim de garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. (CASTRO, 2018, p. 134).

De acordo com Torquatto, Collet e Dantas et al (2013), a assistência humanizada é um direito da criança como ser humano, e esta humanização consiste no respeito e na dignidade, visando assegurar o alívio da dor e do sofrimento intrínseco a hospitalização com o uso de recursos lúdicos e psicológicos durante o seu atendimento, preservando sua intimidade e oferecendo condições que promovam a melhoria da assistência a sua saúde.

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários (PNH, 2010, p. 132)

Na Cartilha da PNH (2010), encontramos alguns princípios que reforçam a importância da presença dos acompanhantes dentro das instituições hospitalares. Podemos destacar a captação de dados sobre o contexto de vida da criança doente; a “utilidade” do acompanhante no processo de identificação das necessidades da “criança doente”, através das informações relatadas para a equipe de saúde,

colaborando também no quadro clínico ao observar as alterações; o fortalecimento da identidade pessoal da criança, que interfere na sua autoestima fortalecendo também a confiança, sendo fundamental na manutenção da inserção social durante o processo de internação, dentre outros.

A Cartilha da Política Nacional de Humanização também enfatiza a “ambiência em saúde”, referindo-se ao “tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”. Assim, ambiência tem por objetivo criar espaços acolhedores e saudáveis para além da estética hospitalar, respeitando a privacidade e provocando mudanças no processo de trabalho (CASTRO, 2018). Aqui a PNH reforça, mais uma vez, a importância da presença do familiar durante todo o período de internação do paciente (PNH, 2010).

Se partirmos do conceito de clínica ampliada como “trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade”, os direitos de receber visita e de contar com um acompanhante constituem componentes essenciais para a concretização da proposta de humanização (PNH, 2010, p. 132).

Ampliar a humanização no atendimento e o acolhimento a este sujeito inserido no processo saúde/doença é de extrema importância para promoção e recuperação da saúde da pessoa internada.

A unidade pediátrica, a partir da implantação do alojamento conjunto pediátrico, vem sofrendo o processo de reorganização de suas práticas, modificando a estrutura formal da organização hospitalar. Contudo, o cuidado continua sendo realizado numa instituição burocratizada, com espaços definidos, com regras e regulamentos minuciosos que regem seu funcionamento, cuja divisão do trabalho define as posições hierárquicas da diversidade dos agentes que aí atuam. (THOMAZINE, PASSOS ET AL, 2008, P. 149).

A inserção de um novo sujeito dentro do processo saúde/ doença, evidencia novos conflitos. Segundo Sousa, Gomes e Santos (2009), dentro da realidade institucional, o acompanhante pode ser mal interpretado, ao não apresentar empatia pela equipe de saúde devido a ansiedades ocasionadas pela internação da criança ou adolescente, e por uma possível falta de flexibilidade, associado ao seu potencial questionador de normas e regras institucionais, o que gera, por vezes, enfrentamentos

e conflitos com a equipe de saúde, devido à deficiência da política de saúde fragmentada e sucateada, evidenciada pela falta de funcionários, falta de insumos e equipamentos que influenciam na qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários.

O comprometimento da infraestrutura, a inadequação dos recursos materiais e o próprio despreparo por parte dos profissionais envolvidos na assistência infantil, a qual intrinsecamente remete-se também ao acompanhante, geralmente um familiar, podem tornar esse período ainda mais traumático e desafiador para quem o vivencia. Certamente, a ausência de relação humanizada entre profissionais assistencialistas, especificamente o enfermeiro, a criança e o acompanhante pode repercutir de maneira negativa na recuperação clínica do pequeno paciente, prolongando o período de permanência hospitalar, acentuando as suas fragilidades e comprometendo a assistência prestada. (TORQUATTO, DANTAS, COLLET ET AL, 2013, P. 5542).

Segundo Torquatto, Collet, Dantas et al (2013), mesmo com existência de programas que possibilita a melhoria da assistência humanizada em enfermarias pediátricas, algumas dificuldades são enfrentadas pelos acompanhantes durante o tempo de internação, como por exemplo, a falta de conforto nas acomodações, ou até mesmo a inexistência de acomodação para o acompanhante. Outra questão é a falta de humanização por parte dos profissionais inseridos na assistência infantil e a falta de comunicação entre profissionais e acompanhantes que pode comprometer a assistência. (TORQUATTO, et.al, 2013).

Segundo Gomes e Erdmann (2005, p.25), “na Unidade de Pediatria, muitas vezes, a criança é fragmentada em órgãos ou em patologias, sendo até mesmo apontada, por alguns profissionais, pelo número de seu leito, totalmente desqualificada e expurgada de sua identidade e de sua cidadania”, esta situação está atrelada a preocupação dos profissionais pautado na doença, em detrimento da assistência do cuidado em sua totalidade. O uso de equipamentos tecnológicos e sofisticados podem também interferir na visão deste profissional em ver o usuário em sua complexidade, como defesa para a insegurança que substitui o sentimento de humanização do cuidado para a assistência rígida, hierárquica e burocratizada.

A questão dos acompanhantes e sua relação com a equipe de saúde é complexa tornando-se necessário a ampliação do apoio social, operacionalizado a partir de estratégias mobilizadoras, tanto naturais como a família, ou organizadas a partir de serviços sociais institucionais (ROMÃO ET AL, 2010, p. 3).

Para Sousa, Gomes e Santos (2009), esta dificuldade na relação interpessoal entre acompanhantes (pediátricos ou não) e equipe de saúde também se evidencia pela falta de definição sobre o papel do acompanhante, da falta de informações, ou informações desencontradas sobre diagnósticos médicos e tratamentos sobre a doença acometida pela criança ou adolescente, tencionando as relações interpessoais e sobrecarregando a estabilidade psicológica deste acompanhante com o prolongamento das internações.

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. (PNH, 2010, p. 133).

Segundo Sanches et al (2013), apesar de entendermos a importância da hospitalização ser um recurso necessário para a recuperação da saúde, a integração de um ambiente que propicie conforto e segurança fundamenta a importância do acompanhante para a promoção e recuperação da saúde da criança doente e os profissionais de saúde tem um papel fundamental para contribuir no alcance do valor terapêutico que a presença do acompanhante promove.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhante pediátrico é um tema relevante para a análise e intervenção do Serviço Social, durante a elaboração do trabalho, foi evidenciado que existem poucos trabalhos encontrados sobre o tema dentro da perspectiva crítica do Serviço Social, sendo a maior parte do material encontrado ser construído pela enfermagem no qual o uso da palavra cuidador faz referência ao acompanhante.

As reflexões realizadas nesse trabalho permite afirmar - a partir de Castro (2018) - que o debate sobre a humanização dentro da PNH revela que a política não faz uma análise dentro de uma perspectiva crítica da realidade social diante as contradições capitalistas. Outra questão é que não faz uma referência à disputa entre dois projetos no âmbito da saúde (Reforma sanitária que defende a democratização do acesso à saúde pública, universal, integral e de qualidade; e o Projeto Privatista que defende a mercantilização da saúde). Neste sentido “a humanização é vista de uma forma restrita, uma vez que não problematiza as bases dos processos de humanização/desumanização na sociedade capitalista e não está vinculada a um projeto societário emancipatório. (CASTRO, 2018, p. 168).

A busca pela humanização nos serviços de saúde é relevante visto que a ação está voltada para o ser humano, para a vida humana, mas as propostas da humanização refletem como estratégia para o controle da crise do capital, pautando-se na desresponsabilização do Estado, na reestruturação capitalista que fomenta as parcerias públicos/privados na saúde, e a responsabilização de usuários e trabalhadores pela qualidade ou má qualidade dos serviços de saúde e pela culpabilização destes pelos desdobramentos da atenção à saúde e do processo saúde- doença. (CASTRO, 2018)

Como destacamos no capítulo 1, o espaço do cuidado foi deslocado com o surgimento dos hospitais, e a pessoa internada era isolada da comunidade. Os hospitais foram construídos para receber apenas os doentes e podemos observar esta afirmativa ao observar as estruturas físicas dos hospitais que não há espaço para acompanhantes, e ainda hoje dentro das rotinas assistenciais, mesmo após a adoção de um novo conceito de saúde, e da ênfase nos processos de humanização da assistência, ainda não há espaço para o reconhecimento da importância da participação deste sujeito no processo do cuidar.

Vimos que o direito ao acompanhante pediátrico no Brasil se deu a partir do ECA que “reconhece e valoriza a importância da presença e da participação da família no processo de recuperação da saúde da criança e do adolescente” (SOARES & LEVENTHAL, 2008, p. 327). Contudo, as condições para a garantia desse direito enfrentam muitos obstáculos que vai desde a precariedade de estrutura das instituições hospitalares para acomodar esses acompanhantes a conflitos com a equipe de saúde.

O direito ao acompanhante em internação hospitalar também é regulamentado pela Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro de 2009 que estabelece o regime de acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, entre outros usuários. Em seu Art. 2 encontramos que “a criança com idade até 18 anos internada em hospital ou unidade de saúde tem o direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua”. Vale salientar que o exercício do acompanhamento é gratuito, não podendo a unidade de saúde exigir qualquer remuneração durante a internação.

Vale destacar que o envolvimento do acompanhante no processo de cuidar e a garantia da sua permanência integral durante o período de internação pediátrica pode ser entendido como uma evolução na perspectiva de humanização, de melhora na qualidade de assistência com finalidade de minimizar os efeitos da hospitalização. Nessa perspectiva, o acolhimento, a inclusão e a participação do acompanhante perpetua a integralidade da assistência à saúde direcionada à criança e ao adolescente em hospitais públicos.

Essa discussão sobre a efetivação do direito ao acompanhante em hospitais públicos pediátricos é de grande relevância para todos os usuários do SUS, pois este debate pode contribuir para buscar melhorias nas condições físicas e emocionais dentro do espaço hospitalar. Também traz uma contribuição importante para o Serviço Social, visto que a área da saúde é um setor importante de inserção sócio ocupacional da profissão, e, portanto, cheia de potencialidades para construção de projetos de intervenção na perspectiva da garantia dos direitos dos usuários do SUS.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, P. A. **A centralidade da mulher no cuidado/ acompanhante ao familiar hospitalizado**. Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar em Serviço Social. UFJF. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão. Nº 1 a 6/ 94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/ 2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/ 2008.** – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

_____. **Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990; 20 set. Brasil. Ministério da Saúde (MS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção À Saúde- Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização- **Ambiência**. Série. B. Textos Básicos de Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - 2. Ed. – Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**/ Ministério da Saúde. – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. 110p.

_____. **Humaniza SUS. Visita Aberta e direito do acompanhante**. 2º Edição. Brasília, DF: MS; 2007. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (online). Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/humanizasus>. Acesso em 02 de junho de 2018.

BRAVO, Maria Inês de Souza, **Política de Saúde no Brasil**. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. 2009.

BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; SZARESKEI, C.; LANA, L. D.; ALVIM, N. A. T. **Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem.** Reme - Rev. Min. Enferm.;13(1): 28-33, jan./mar., 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a05.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2018.

BENEVIDES, R. PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. v. 10; n. 3, p. 561- 571. 2005.

CASSIA MARQUES, Rita de. **A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil)- séculos XVIII- XX.** Dynamis, Granada, v. 31, n. 1, p. 107-129, 2011. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.pnh?script=sci_arttext&pid=S0211-95362011000100006&lng=es&nrm=iso. Acessado em 18 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362011000100006>.

CASTRO, M. M. C. **Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária.** Libertas, Juiz de Fora, v.6, 7, n.1, 2, p.128-148, jan-dez, 2007. Disponível em. Acesso em 02 de Junho de 2018.

_____. M. M. C. **Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica/** Marina Monteiro de Castro e Castro. – Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2018. 212p. ; 23 cm. Bibliografia: p. 173- 202. ISBN 978- 85- 519- 0689- 7.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (orgs) (1997). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida.** Porto Alegre: Editora da UFRGS.

COLOMBANI, F; MARTINS, R. A. **O movimento higienista como política pública: aspectos históricos e atuais da medicalização escolar no Brasil.** RPGE- Revista online de Política e Gestão Educacional, v. 21, n. 1, p. 278-245, 2017. Disponível em: <http://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/9788>. Acesso em: 15. Out 2018. Doi: <https://doi.org/10.22633/rpge.v21.n1.2017.9788>.

CONANDA, Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União.** Brasília; Seção I, P. 16319- 16320 17/10/95.

CRISTO, R.C.C. **A inserção do acompanhante em unidades de internação pediátrica do DF.** Dissertação [Mestrado]. Ribeirão Preto (SP):Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP; 1999.

CRUZ, D. S. M.; COSTA, S. F.G.; NÓBREGA, M.M.L. **Assistência Humanizada à Criança Hospitalizada**. Ver. RENE. Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 98-104, set./dez. 2006.

DIBAI, Márcia Barbara Souza, 1967- **O acompanhante na instituição hospitalar: relatos de uma experiência**. Márcia Barbara Souza Dibai- 2005. 126f. : il.21.

DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. **A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1): 86-0. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a16.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2018.

DURIGUETTO, M. L. **Ofensiva Capitalista, despolitização e politização dos conflitos de classe**. Temporalis, Abepss, n. 16, p. 45-66, 2008.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books .

SCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323- 361.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista**. IN: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 279- 321.

ESTEVES, C. H.; ANTUNES, C.; CAIRES, S. **Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada**. Interface. www.scielo.br/polf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140536.pdf. Acesso em 02 OUT 2018. DOI: 10.1590/1807-57622013.0536.

FACIO, B. C; MATSUDA, L. M; HIGARASHI, I. H. **Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro- acompanhante**. Ver. Eletr. Enf. [internet]. 2013. Abr/jun (2): 447- 53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17419>.

FINKELMAN, J.,(org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 978-85-7541-284-8. Available from SciELO Books. <http://books.scielo.org>.

FORUM DA REFORMA SANITARIA. **SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. Saúde em Debate, v. 29, n. 31, p. 385- 96. 2006.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento do hospital**. Organização e tradução de Roberto Machado. In: MICROFÍSICA DO PODER. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. Orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2 nd. Ed. Ver. And. Enl. 1100 p. 15 BN 978- 85- 7541- 349- 4. Available from: scIELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em 02 de junho de 2018.

GOMES, G. C, ERDMANN, A. L. **O Cuidado Compartilhado entre a família e a Enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização**. Rev Gaúcha. Enferm. Porto Alegre (RS). 2005. Abr; 26 (1): 20- 30.

GOMES, L. V. **A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento: caminhos e descaminhos** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Gomes, I. L. V., Queiroz, M. V. O., Bezerra, L. L. A. L., & Souza, N. P. G. (2012). **A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e Experiências Vivenciadas**. *Cogitare Enfermagem*, 17, 703–709. doi:10.5380/ce.v17i4.30378

GONÇALVES, A. M; GOULART, M. S. B. **História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX**. Revista Tempos Gerais, v. 4, n. 2, 2016.

GÖTTEMS, L. B.D; PIRES, M.R.G.M. **Para além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio de interseção do setor político com o econômico**. Saúde Soc. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189- 198, 2009.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões**. In: FINKELMAN, J. Caminhos da Saúde pública no Brasil. Rio e Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap. 1, p. 23-116.

LIMA, R. A. G; ROCHA, S. M. M; SCOCHI, C. G. S. **Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais**. Ver. Latino- Am. Enfermagem [online]. 1999, vol.7, n.2, pp. 33-39. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/50104-11691999000200005>. Acesso em 02 Jun 2018.

LISBOA, T. C. **Breve História dos Hospitais: Da Antiguidade à Idade Contemporânea**. 2002. Encarte especial da Revista Notícias Hospitalares, junho/julho de 2002, edição nº 37. Disponível em: Acesso em 09 de Set 2018.

MAGALHÃES, J. L.; NUNES, R. **Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida**. Revista Bioética. (impresso). 2014; 22 (3): 448-55. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223027>. Acesso em 25 Ago 2018.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2009. p. 43- 68.

MATTOS, R. A. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface. Comunicação. Saúde, v. 13, supl./, p. 771- 80, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/51414-32832009000500028>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Documentação. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília, 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, n-7).

MONGIOVI, V. G.; et al. **Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 306- 311. Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000200306&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>.

MORAES, M. F. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente/** Margarete Farias de Moraes. – Rio de Janeiro: 2005. 119f. ; 30 cm. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2005.

MOTA, A. E. **Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes**. In: MOTA, E. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007. p. 40-48.

MOTA, A.E. **Cultura da crise e seguridade social**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MONTEIRO FILHO, L. et al. **O programa de hospitalização da criança acompanhada (PHOCA) do hospital Municipal Souza Aguiar: análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde**. J. Pediatr. 1988; 64(6):242-47.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Documentação. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília, 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, n-7).

NETO, F. C. B.; BARBOSA, P. R et al. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: GIOVANELLA, L et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. P. 577- 606.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In: MOTA, E. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241.

OLIVEIRA, A.S.S. **São Paulo e a Ideologia Higienista entre os séculos XIX e XX: a utopia da civilidade**. Sociologias [online]. Abr. 2013, v. 15, n. 32, pp. 210- 235. ISSN 1517- 4522. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222013000100009>. Acesso em 15 Out. 2018.

OLIVEIRA, J. A de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986. VIANA, M. L. T. W. A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **Os hospitais: lugar de doente e de outros personagens menos referenciados**. Rev. bras. Enferm. [online]. 1998, vol. 51, n.2, pp. 253-262. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167998000200007>.

PINHEIRO, Roseni,. MATTOs, Rubens Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184 p. ISBN 978- 85- 89737- 52- 4.

PIRES. Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, Annablume, 2008.

RANGEL, A. H., GARCIA, J. **As diversas faces do acompanhante de crianças hospitalizadas**. RECIIS- R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, V. 6, n. 1, p. 19- 29, Mar., 2012. [www.reciis.iciict.fiocruz.br] e – ISSN 1981-6278. Acesso em 02 de junho de 2018.

RIBEIRO, J. C. S; DACAL, M. D. P. O. **A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão**. Rev. **SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 65-84, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 set. 2018.

ROMÃO, C. DE S.; BALBINO, E. E. P.; SUHETT, J. V.; SOUZA, M. R. D. de S.; CASTRO, M. M. C. e; INOCENTE, N. J. **O acompanhante hospitalar: relações com a equipe de saúde e a intervenção do Serviço Social.** XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino 22 Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0061_0016_01.pdf. Acesso em 24 de junho de 2018.

SANCHES, I. C. P. et al. **Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, Jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100008&lng=en&nrm=iso. Acessado em 10 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201300100008>.

SANGLARD, G. **A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização.** Esboços: histórias em contextos globais, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. pp. 11-33, out. 2007. ISSN 2175-7976. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119>. Acesso em: 20 Set. 2018. doi:<https://doi.org/10.5007/%x>.

SANTOS, S. D. O. A. **A domus infirmorum do mosteiro de Santa Cruz de Coimbra e o acolhimento no hospital São Nicolau. Portugal, séculos XII- XIII.** História (São Paulo) v. 34, n. 1, p. 75- 91, jan./ jun. 2015. http://doi.org/10.1590/1980_436920150001000033. ISSN 1980- 4369. Acesso em 10.Nov 2018.

SEVERINO, L. F. **A condição de acompanhantes de cuidadores de crianças hospitalizadas e suas significações sobre si.** VIII Congresso Internacional de Pesquisa (Auto) Bibliográfica. UFMT- Cuiabá- 17 a 20/07/2016. Anais VII CIPA- ISSN 2178- 0676. Acesso em 09 de junho de 2018.

SILVA, G. A P L.; Santos, J. M.; Cintra, S. M P. **A assistência prestada ao acompanhante de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação infantil: a opinião do acompanhante contribuindo para a assistência de enfermagem.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2009; 9(1):13-8.

SOARES, M. F.; LEVENTHAL, L.. C. **A Relação Entre a Equipe de Enfermagem e o Acompanhante de Criança Hospitalizada: Facilidades e Dificuldades.** Ciência, Cuidado e Saúde. 2008, Jul/ Set; 7 (3): 327-332. ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line).

SOUZA, L. D.; GOMES, G. C.; SANTOS, C. P. **Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/**

acompanhante no hospital. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009. Jul/Set; 17 (3): 394- 9. Disponível em: <http://www.facent.uerj.br/v17n3/v17n3a/7.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2018.

SQUASSANTE, N. D; ALVIM, N. A. T. **Relação entre equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem [online] 2009, 62 (Febrero- Sin. Mês). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.0a?id=26.70196010027>. Acesso em 11 Nov 2018.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira.** In: Reforma Sanitária Itália e Brasil. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

TORQUATTO et al. **Assistência Humanizada à criança hospitalizada.** Ver. Enferm, UFPE. [online]. , Recife, 7 (9) : 5541-9, set. , 2013. Acesso em 09 de junho de 2018.

TOPOROVSKI, J. **Mãe participante no hospital.** Jornal da Pediatria. São Paulo. V. 64, p. 260, 1988.

THOMAZINE, A. M; PASSOS, R. S, et al. **Assistência da Enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico.** Cienc. Cuid, Saúde 2008; 7 (Suplen. 1): 145-152.

VASCONCELOS, A. M. de. **Serviço Social e Práticas democráticas na saúde. IN: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

VEIGA, N.; PINA, J. C.; et al. **Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da leitura.** Revista Mineira de Enfermagem. ISSN (online): 2316-9389. ISSN (versão impressa): 1415-02762. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/51415-27622009000300017>.

WORLD BANK 1987. **Financing health services in developing countries: an agenda for reform.** World Bank (A World Bank Policy Study), Washington.